FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967

POUR LE

N° 411

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Juan José ALBERRO

Né le 28 octobre 1933 à St-Sébastien (Espagne)

Interne des Hôpitaux de la Région de Paris.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LOCALISATIONS ILEO-COLIQUES OU CAECALES PURES

DE LA MALADIE DE CROHN.

(A propos de 5 observations)

Président : Monsieur M. CONTE, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967 POUR LE N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Juan José ALBERRO

Né le 28 octobre 1933 à St-Sébastien (Espagne)

Interne des Hôpitaux de la Région de Paris.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LOCALISATIONS ILEO-COLIQUES OU CAECALES PURES

DE LA MALADIE DE CROHN.

(A propos de 5 observations)

Président : Monsieur M. CONTE, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.
1er ASSESSEUR. . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR. . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYSOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Aïta et Ama.

Pour leur courage et leur dignité dans un injuste exil.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544319_0017

A ma femme, à Jean-Louis.

A mes frères, soeurs, belle-soeurs.

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Michel CONTE.

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

En remerciement et hommage respectueux.

A Mes Maîtres d'Internat

A Monsieur le Docteur Roger VIGUIE.

Professeur au Collège de Médecine.

Médecin du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Nous le prions d'accepter nos remerciements pour l'enseignement riche que nous avons reçu tout au long de l'année passée dans son service.

A Monsieur le Docteur J. RISTELHUEBER

Professeur Agrégé

Médecin du Centre Hospitalier de Saint-Denis.

En témoignage de notre attachement et de notre profonde reconnaissance pour son enseignement généreux et bienveillant, dans le respect constant du malade.

A Monsieur le Docteur J. AUCLAIR.

Radiologue du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

Qui complète chaque jour nos connaissances radiologiques.

En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. LOYGUE.

Chirurgien de l'Hôpital Rothschild

A Monsieur le Docteur A. ROBERTI

Médecin-Assistant du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

A Monsieur le Docteur R. EISENBETH.

Avec nos remerciements pour la chaleur de leur accueil et pour avoir bien voulu nous confier des documents nécessaires à ce travail.

A Monsieur le Docteur A. GARDIES.

Médecin-Assistant du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

Son aide, toujours amicale, nous a été
un soutien des plus précieux.

A Monsieur le Docteur M. SALSON

Médecin-Assistant du Centre Hospitalier de St-Denis.

A qui nous lient de nombreux souvenirs
communs d'Internat.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur J. CAUCHOIX

Monsieur le Docteur P. GERARD-MARCHANT

Monsieur le Docteur R. CATTAN

Monsieur le Doyen G. BROUET

Monsieur le Docteur P. BLANCHON

Monsieur le Docteur J. WEILL

Monsieur le Docteur N. PERON

Monsieur le Professeur R. DEGOS

Monsieur le Docteur R. DUPUY.

I N T R O D U C T I O N

Les localisations iléo-coliques et caecales pures de la Maladie de Crohn sont rares en France.

Nous présentons dans ce travail, cinq observations de ces formes.

Après un bref historique, les signes cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques de la maladie sont analysés.

Nous insistons, ensuite, sur les difficultés du diagnostic différentiel : en particulier avec la Tuberculose intestinale et la Recto-colite hémorragique.

Dans un dernier chapitre, nous envisageons les moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux.

L'étude de l'évolution de nos cinq cas, tous opérés, nous a amenés à mettre l'accent sur la fréquence des récidives et sur la nécessité de pratiquer des résections étendues du grêle.

oOo

H I S T O R I Q U E

La Maladie de Crohn est dans sa description originale définie comme une affection d'allure à la fois tumorale et inflammatoire, d'étiologie inconnue, atteignant électivement l'iléon terminal.

Mais, deux ans à peine après cette description initiale de CROHN, et OPPENHEIMER, COLP publiait une observation dans laquelle il notait l'extension des lésions granulomateuses au caecum. Il démontrait ainsi que la valvule de BAUHIN ne constitue pas une barrière empêchant l'extension du processus au colon.

Il est donc apparu, rapidement, que l'affection pouvait atteindre différents segments du tube digestif.

En 1936, CROHN et ROSENACK signalaient une atteinte de l'iléon terminal et du colon dans neuf cas sur une série de soixante malades. Puis, ce furent les publications de CLARCK et DIXON, de RAPAPPORT, qui note l'association d'une atteinte iléale et colique dans cinquante cinq cas sur cent.

En France, la première publication d'iléo-colite fut celle de FAUVERT en 1945.

Peu après, DALSACE, MOYSE et TOURNEUR publièrent une forme iléo-caeco-appendiculaire.

- La fréquence de l'iléo-colite par rapport aux atteintes iléales pures est difficile à apprécier. Les statistiques des différents auteurs varient beaucoup. Dans les études relativement récentes qui s'appuient sur des modifications radiologiques et macroscopiques du colon.

- VAN PATTER estime la fréquence de l'Association à 37,5 %,

- BARGEN à 22 %,

- BETZ et MESSENS à 32 %,
- JADOT et CHANOINE à 18 %.

- La nature de l'atteinte colique a été très longtemps controversée.

Au début il était admis que le processus granulomateux atteignant la dernière anse grêle, s'étendait au colon, et qu'il s'agissait donc, de la même affection au niveau de ces deux segments intestinaux. L'extension au colon se faisait par contiguité ou par l'intermédiaire de fistules internes.

Puis certains auteurs, dont CROHN lui-même, estimèrent qu'il s'agissait en fait de l'association de deux affections différentes : Recto-colite-hémorragiques et Maladie de CROHN n'affectant que l'iléon.

- Sous l'influence des auteurs anglais, le cadre nosologique a été précisé peu à peu.

MORSON (1962) admet ainsi l'existence de deux processus.

- Celui de la Recto-Colite Hémorragique -

Elle atteint le rectum dans 95 % des cas et surtout la partie distale du colon. Parfois, le processus est limité à une partie du colon seulement : c'est la Recto-Colite-Hémorragique segmentaire souvent droite.

Dans l'un et l'autre des cas l'iléon terminal peut être atteint par reflux.

Cette iléite rétrograde est souvent observée quand la Recto-Colite-Hémorragique s'étend au caecum.

Les lésions histologiques de l'iléon malade sont moins importantes que celles du colon, moins étendues, et d'autant moins nettes qu'on s'éloigne de la valvule iléo-caecale. L'iléite rétrograde est bien souvent latente - cliniquement et seuls les examens radiologiques et l'exploration chirurgicale la mettent en évidence.

- Celui de la Maladie de CROHN -

Le processus granulomateux peut atteindre n'importe quel segment du tube digestif, l'iléon terminal le plus souvent, mais aussi le jéjunum, l'estomac, le colon avec ou sans atteinte de l'iléon.

- Ces localisations primitives extra-iléales, de la Maladie de CROHN sont relativement rares en France. Plus fréquentes et mieux connues dans les pays anglo-saxons, elles font l'objet de nombreuses études.

Ainsi CORNES et STRECHER, publient quarante-cinq observations de Maladies de CROHN purement coliques.

- LOCKART - MUMMERY et MORSON : cinquante quatre cas,
- LINDNER et MARSCHACK : sept cas.

Ces derniers distinguent plusieurs modalités d'atteintes colique au cours de la Maladie de CROHN.

1 - La Maladie peut être limitée au colon (7 cas). Il peut être atteint dans son ensemble ou en partie.

2 - Dans trente sept cas, il s'agit d'une iléo-colite d'emblée. L'atteinte colique n'épargne le caecum que dans 2 cas, ne touche le rectum que dans quatre cas.

Dans la série de MORSON et LOCKART, le rectum est atteint, au contraire, dans 50 % des cas.

3 - L'atteinte colique peut être secondaire à l'atteinte iléale et survient après une intervention sur la dernière anse du grêle : iléo-colostomie avec résection ou exclusion. Le colon est alors atteint au niveau de l'anastomose et l'extension se fait de façon progressive et distale.

- Le colon peut donc être affecté d'emblée par le processus granulomateux, avec ou sans atteinte de l'iléon, ou secondairement au cours de l'évolution post-opératoire d'une iléite terminale. C'est ce que nous retrouvons dans les observations que nous allons maintenant présenter.

oOo

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Cette observation, de forme caecale de la Maladie de CROHN, que nous devons à notre Maître le Docteur VIGUIE, a été l'une des premières publiées en France (décembre 1955).

Il s'agissait d'une femme de 26 ans, venue consulter pour des troubles digestifs d'apparition récente, datant de six mois environ.

Elle se plaignait de douleurs abdominales siègeant au-dessous de l'ombilic, des deux côtés, mais plus marqués au niveau de la Fosse Iliaque droite. C'étaient des pesanteurs, parfois des douleurs paroxystiques de courte durée, surtout en fin d'après-midi.

Les troubles du transit étaient variables. A des périodes de constipation succèdaient de petits épisodes de diarrhée.

On se trouvait en présence d'une jeune femme en bon état général malgré un amaigrissement dont on ne pouvait préciser l'importance.

- L'EXAMEN DE L'ABDOMEN : révèlait dans la fosse iliaque droite une masse du volume d'une mandarine manifestement caecale, peu mobilisable sur les plans profonds, indolore. Le reste de l'examen était négatif.

- Les poumons et les plèvres étaient normaux ;
- la tension artérielle à 11-8.
- Il n'existait pas d'adénopathies.

- LA RADIOGRAPHIE DU COLON : montrait des lésions du caecum. La région caecale était en effet réduite à un mince défilé de 3 à 4 cms. de long, laissant filtrer la baryte vers la dernière anse iléale. Celle-ci mal visible, paraissait dilatée.

- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : étaient pour la plupart normaux.
- la numération globulaire : G.R. = 4.600.000
  G.B. = 8.000 dont
  74 % de polynucléaires :
- il n'y avait ni parasites ni bacilles de Koch dans les selles,
- la vitesse de sédimentation était accélérée :
  28 - 47 - 90.

Le diagnostic porté fut celui de tuberculose hypertrophique du caecum.

- en effet, radiologiquement, les lésions étaient limitées au caecum. L'iléon paraissait indemme.

- par l'interrogatoire, on apprenait que le père de la malade était décédé d'une tuberculose pulmonaire,

- qu'elle vivait avec sa soeur, âgée de 30 ans, traitée pour un infiltrat tuberculeux sous claviculaire.

- La malade fut donc mise à un traitement anti-bacillaire.

Mais les douleurs persistaient, et prirent progressivement les caractères d'un syndrome de Koënig. Un nouveau lavement baryté, ne montrait aucune régression des lésions, après 4 mois de traitement et permettait de préciser :

- que les lésions cessaient brusquement sur le caeco ascendant,
- que l'iléon était normal.

L'intervention fut alors décidée et pratiquée par le Docteur EUDEL.

- "L'exploration de l'abdomen, montre une tumeur sténosante du caecum, dans laquelle vient se terminer un grêle dilaté mais apparemment sain.

Il n'y a pas d'adénopathie. L'aspect des mésos, la consistance du caecum à la palpation semblent confirmer le diagnostic de tuberculose hypertrophique.

Une hémicolectomie droite est pratiquée avec résection limitée du grêle et rétablissement immédiat de la continuité.

- L'EXAMEN HISTOLOGIQUE de la pièce, pratiqué par plusieurs anatomo-pathologistes infirma formellement le diagnostic de tuberculose.

Il existait des infiltrats inflammatoires nodulaires à prédominance lymphocytaire dans la sous-muqueuse mais aussi dans les autres tuniques de la paroi intestinale. La sclérose était importante.

Ces lésions pouvaient entrer dans le cadre d'une maladie de CROHN.

Les suites opératoires furent simples, quant au 40e jour, la malade présenta des douleurs abdominales violentes, une diarrhée profuse avec élévation de la température. Rapidement, apparut une fistule au niveau de la cicatrice lombaire du drain sous-péritonéal.

Une fistulographie lipiodolée situa le pertuis intestinal à distance de l'anastomose.

Cette fistule évolua, avec des alternatives de rétention et d'ouverture. Le traitement médical s'avèra complètement inefficace.

Une nouvelle intervention est alors pratiquée

- "La bouche fonctionne bien, est souple, mais à distance de l'anastomose, l'anse iléale est cartonnée, rigide. Le mésentère est d'aspect inflammatoire, épaissi.

- Le mésentère est infiltré de procaïne,

- on pratique une exérèse étendue qui emporte l'anastomose, 20 cms. de colon et 1 mètre de grêle. La continuité est rétablie par anastomose latéro-latérale".

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Docteurs CONTE et TOURNEUR)

- "La muqueuse du grêle a un chorion plasmocytaire. La sous-muqueuse est épaissie, scléreuse, hypervascularisée, très oedémateuse. La musculeuse est normale.

Les ganglions présentent des lésions subaiguës avec grosse dilatation des sinus et hyperplasie lymphoïde.

Conclusion : aspect typique d'iléite segmentaire en poussée".

Les suites opératoires furent sans incidents.

CONCLUSION :

- MALADIE DE CROHN A FORME CAECALE PURE chez une jeune femme de 26 ans.

Le contexte familial avait fait d'abord poser le diagnostic de tuberculose hypertrophique du caecum. Mais devant l'absence de régression des lésions, l'aggravation de la symptomatologie, une hémicolectomie droite avec résection

limitée du grêle est pratiquée. Puis apparaissent une fistule partielle 40 jours après et une récidive au niveau du grêle, très précoce, probablement due à l'insuffisance de la résection au cours de la première intervention.

- Les lésions histologiques sont formellement en faveur de la Maladie de CROHN. Il semble de plus s'agir d'une forme familiale. Le frère de la malade ayant subi une hémi-colectomie droite en 1939 pour des lésions iléo-caecales imprécises, suivies d'une fistule intestinale ayant entraîné la cachexie et la mort.

oOo

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 2 : (Dr. GARDIES - Dr. ROUGERIE)

- Monsieur B... est un homme de 43 ans.

Dans ses antécédents pathologiques, on note :

- une appendicectomie, dans l'enfance, dont la symptomatologie ne peut être précisée,

- un ictère catarrhal en 1943,

- des antécédents allergiques avec asthme dans l'enfance et éruptions urticariennes épisodiques,

- un séjour dans les colonies mais il semble que le malade n'y ait contracté aucune affection particulière.

Les antécédents familiaux sont nuls.

Ce malade vient consulter en octobre 1965 pour des troubles digestifs existant depuis des années, à type de diarrhée. Mais ces troubles ont nettement augmenté depuis 1 an et de plus la symptomatologie a changé.

Il décrit en effet un syndrome de Koënig net.

Des douleurs abdominales apparaissent souvent la nuit, siègeant au niveau de la Fosse iliaque droite, à type de coliques. Elles s'accompagnent de gargouillements bruyants. Des vomissements alimentaires puis bilieux s'y associent. Enfin, quelquefois, cette crise douloureuse se termine par une diarrhée.

- Ces crises deviennent de plus en plus fréquentes. L'état général s'altère avec asthénie et amaigrissement.

A l'examen : le ventre est souple. La palpation de la fosse iliaque droite révèle une masse de la taille d'une grosse noix, mobile sur les plans profonds, non douloureuse.

L'examen général est négatif. Les poumons sont normaux ainsi que l'appareil cardio-vasculaire. Les aires ganglionnaires sont normales. La tension artérielle à 12-8. Le poids : 60 Kgs. 500.

- Un lavement baryté est demandé :
- la progression du lavement est normale jusqu'à la fosse iliaque droite.

La baryte vient dessiner un cul de sac à bords réguliers, qui pourrait être pris pour le bas fond caecal s'il n'était trop haut. Malgré l'augmentation de la pression, il n'a pas été possible de progresser et de franchir la valvule de BAUHIN (photo n° 1).

De plus, on remarque une calcification ovalaire située en pleine Fosse iliaque droite. Elle est indépendante de la tumeur palpée. En effet, un index métallique a été placé au niveau de cette dernière.

Les lésions vont être précisées par le transit du grêle (photo n° 2).

- Le passage de la baryte dans le grêle se fait dans les délais normaux.

Plusieurs faits peuvent être mis en évidence.

- La calcification précédemment observée se trouve en plein dans le bas fond caecal. Ce bas fond est rétréci, irrégulier, d'aspect figé sous compression :

- le colon sus-jacent est le siège d'une sténose assez régulière, au-dessus de la valvule de BAUHIN. Au niveau de celle-ci, il existe une tache suspendue entourée d'un bourrelet :

- la dernière anse iléale est très distendue mais ses bords sont réguliers et d'apparence souple.

En conclusion : il existe une sténose du colon droit et une atteinte de la valvule. Par contre, la dernière anse iléale semble indemme, bien que fortement distendue.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES sont normaux :

- la numération formule sanguine : pas d'anémie ni d'hyperleucocytose,
- la vitesse de sédimentation est à 4-12-60,
- la glycémie à 0,85,
- l'urée sanguine à 0,25.

Il n'existe pas d'hypoprotidémie.

- Enfin, la radio des poumons montre l'absence de lésions parenchymateuses.

- En l'absence d'antécédents pulmonaires, la découverte de lésions coliques à type de sténose chez un homme de 43 ans, présentant depuis quelques années des troubles digestifs, nettement plus importants depuis 1 an fait discuter la nature de ce rétrécissement.

L'INTERVENTION EST ALORS DECIDEE (Pr. LOYGUE)

- "Laparotomie para médiane droite. Il existe un diverticule caecal au-dessous d'une sténose colique, intéressant la valvule de BAUHIN.

L'aspect est inflammatoire avec une adénopathie peu volumineuse le long de l'artère iléo-caecale appendiculaire. Cette artère est sectionnée à son origine de façon à faire un curage ganglionnaire.

L'iléon est sectionné à 40 cms. en amont. Le colon est sectionné au niveau de l'angle droit.

Anastomose iléo-colique en un plan".

- EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Dr. CONTE).

- "La résection comprend un premier segment iléal sain de 20 cms. puis une zone intestinale de calibre normal mais avec épaississement pariétal puis une zone malade de 6 à 8 cms. rétractée.

L'atteinte iléale est nettement limitée et se caractérise par une ulcération serpigineuse de la muqueuse reposant sur un épaississement notable de la paroi intestinale sans induration (photos n° 3 & 4).

Histologiquement : on retrouve le caractère superficiel de l'ulcération, tapissée par un granulome subaigu, avec une fibrose occupant la sous-muqueuse. Elle est dense, hyaline et farcie de nodules épithélioïdes et giganto-cellulaires pseudo-tuberculeux.

Ils siègent dans la sous-muqueuse mais aussi en pleine musculeuse et dans la graisse sous-séreuse.

Ces lésions se prolongent sur le colon en aval de la valvule sur 4 à 5 cms.

Les ganglions iléo caecaux renferment plusieurs petits foyers nodulaires épithélioïdes. Il n'y a pas trace de nécrose ischémique centrale.

Le siège des lésions, la mutilation scléro-inflammatoire des parois iléales et coliques, le caractère segmentaire, font porter le diagnostic de Maladie de CROHN".

EN CONCLUSION :

- Il s'agit d'une iléo-colite de CROHN chez un homme de 43 ans qui est venu consulter quelques années après le début des troubles digestifs, alors qu'un syndrome d'obstruction est apparu.

Contrairement à ce que laissaient supposer les examens radiologiques qui ne montraient de lésions qu'au niveau de la valvule iléo-caecale et sur le caeco ascendant, l'étude histologique de la pièce de résection a révélé une atteinte des derniers centimètres de l'iléon.

- L'évolution est pour le moment favorable mais nous n'avons qu'un recul de 2 ans.

oOo

Transit du grêle

Pièces opératoires

Lavement baryté

OBSERVATION N° 3

Maladie de CROHN à forme caecale (Dr. EISENBETH).

- Mademoiselle Chantal L... est une jeune fille de 14 ans qui vient consulter pour des douleurs de la Fosse iliaque droite, évoluant par à-coup depuis un an. Ces douleurs, sans rapport avec les repas sont habituellement suivies d'une évacuation de selles liquides.

La malade émet chaque fois 2 à 3 selles molles, claires.

A l'examen : au niveau de la Fosse iliaque droite, au-dessus du Mac Burney, on trouve un boudin de 6 cms. de hauteur, de consistance ferme, mobile dans le sens transversal, allongé dans le sens vertical. Le reste de l'examen est normal. Foie et rate ne sont pas perçus. Les aires ganglionnaires sont normales. Les poumons sont radiologiquement normaux, la cuti-réaction est négative.

L'état général est bon malgré un léger amaigrissement. La tension artérielle est normale.

- Le transit du grêle met en évidence une image lacunaire du caecum : la valvule de BAUHIN n'apparaît pas.

La dernière anse iléale semble étirée, effilée au niveau des derniers centimètres mais ses bords sont réguliers sans image d'empreinte.

- Le lavement baryté confirme l'existence des lésions caecales, en particulier les clichés avec insufflation qui montrent un aspect de cul-de-sac suivi d'un rétrécissement.

Devant cette masse de la Fosse iliaque droite, chez cette enfant, sans aucun antécédent pulmonaire, ni digestif on décide d'intervenir.

- Une laparotomie para-rectale est pratiquée.

Elle permet de découvrir une très grosse masse tumorale, dure, oedématiée, développée dans l'axe du caecum, et de la taille d'une aubergine.

"Cette tumeur est mobile, sans adhérences épiploïques. Il existe une importante scléro-lipomatose du mésentère qui contient de nombreux ganglions hypertrophiés.

L'appendice et la dernière anse iléale sont parfaitement souples et d'aspect normal.

On pratique une large hémicolectomie droite enlevant 30 cms. d'iléon macroscopiquement normal.

Iléo transversostomie en un plan".

- Anatomie pathologique.

"Sur la pièce de résection, le caecum présente une consistance charnue avec un épaississement important de la paroi qui s'arrête net au niveau de la valvule iléo-caecale.

La muqueuse caecale est normale, à l'exception d'une ulcération unique de petite taille, peu profonde située non loin de l'appendice.

L'iléon est strictement normal".

- "L'examen histologique du caecum montre des lésions intéressant toutes les couches de la paroi intestinale mais prédominant au niveau de la sous-muqueuse.

- La muqueuse ne présente qu'une ulcération, chronique, histologiquement banale. Le chorion, plus dense que d'habitude est le siège d'une infiltration inflammatoire à prédominance lymphocytaire et plasmocytaire.

- La sous-muqueuse est le siège d'une sclérose diffuse assez dense engainant les vaisseaux et dissociant les éléments du granulome inflammatoire qui l'occupe.

On y trouve des nodules, formés d'une couronne de cellules épithélioïdes et centrés par une ou plusieurs cellules géantes de type Langhans. Ces nodules sont généralement isolés.

Leur âge est variable ; certains sont de constitution récente, les cellules épithélioïdes y sont tassées et la couronne lymphocytaire apparaît bien individualisée. D'autres sont plus anciens : les cellules épithélioïdes sont moins nombreuses, isolées, et les éléments lympho-plasmocytaires y sont plus nombreux.

Il n'y a pas de nécrose dans les zones centro-nodulaires et la recherche de bacilles de Koch après coloration au Ziehl sur coupe est restée négative.

-- La sous-séreuse présente un aspect moins inflammatoire : on y retrouve quelques nodules isolés avec les mêmes caractères que ceux de la sous-muqueuse.

L'iléon est histologiquement indemne de toute lésion".

EVOLUTION :

Les suites de l'intervention furent bonnes, marquées par une reprise de poids, une amélioration rapide de l'état général, la disparition de tout trouble digestif.

Par contre, l'évolution à longue échéance n'a pas été aussi favorable. En effet, cette jeune malade a présenté 4 ans après une récidive jéjunale.

CONCLUSION :

Maladie de CROHN à forme caecale pure, primitive, chez une jeune fille de 14 ans. Hémicolectomie droite avec résection étendue du grêle. Récidive 4 ans plus tard au niveau du jéjunum.

oOo

Observation n° 3

OBSERVATION N° 4 (Pr. Agr. J. LOYGUE)

Monsieur C... est âgé de 31 ans, quand il vient consulter pour la première fois en 1958, notre Maître le Professeur Agrégé J. RISTELHUEBER.

Ce malade présente depuis 10 ans environ des troubles digestifs : diarrhée, faite de 4 à 5 selles quotidiennes, douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque droite.

Ces troubles, résistant aux traitements symptomatiques, se sont aggravés au cours des mois précèdant la consultation.

De fait, le malade a maigri, et le caractère des douleurs abdominales s'est peu à peu précisé. Il décrit en effet un syndrome de Koenig net.

Dans ses antécédents pathologiques, on ne peut retenir qu'une mélitococcie en 1946.

- L'examen clinique est pauvre en renseignement.

- L'abdomen est douloureux, au niveau de la Fosse iliaque droite. Il n'y a pas d'hépato-splénomégalie.

- Le coeur et les poumons sont normaux.

- Un lavement baryté, pratiqué en 1955, montre une réplétion incomplète du bas fond caecal avec un aspect de défilé.

- Un transit du grêle est demandé (Dr. JOURDE)

Quatre heures et demie après l'ingestion de sulfate de baryum, la région iléo-caecale est opacifiée.

Plusieurs anomalies sont à signaler :

- d'une part, la dernière anse du grêle est dilatée et le siège d'un péristaltisme intense. Le syndrome de KOENIG est contrôlé sous écran,

- d'autre part, le caecum est mal injecté et on voit sur tous les clichés un rétrécissement étroit, régulier, court, portant sur le caeco-ascendant au niveau de la valvule de BAUHIN, et sur la fin de l'iléon.

Devant cette image de rétrécissement régulier du caeco ascendant, chez un malade sans aucun antécédent pulmonaire, présentant depuis des années une diarrhée, l'intervention est décidée.

Intervention - (avril 1958 - Pr. Agr. J. LOYGUE).

"Incision iliaque droite.

Il existe une distension de la dernière anse iléale. Le bas fond caecal contient de la baryte et des matières.

La sténose siège immédiatement en regard de la valvule iléo-caecale et intéresse celle-ci. Aucun élément ne permet de faire un diagnostic étiologique. Il n'y a pas de granulations péritonéales, pas d'adénopathies du pédicule, pas de signes inflammatoires. Section du grêle 15 cms. en amont de la valvule. Section du colon ascendant quelques centimètres au-dessus du rétrécissement. Anastomose iléo-colique termino-terminale en un plan".

Examen Histologique (Dr. CONTE)

"L'examen macroscopique de la pièce montre un rétrécissement serré, en regard de la valvule iléo-caecale, qui forme une virole.

Histologiquement, des coupes sériées mettent en évidence un diverticule colique dont le trajet intra-mural peut être suivi et dont la partie profonde aboutit en cul-de-sac, dans la graisse à la hauteur de la valvule iléo-caecale. La muqueuse qui revêt ce diverticule est atrophique. Il n'y a pas de remaniement inflammatoire le long du trajet diverticulaire.

A la hauteur du diverticule, la paroi caecale est considérablement épaissie, surtout du fait d'une sclérose hyaline de la sous-muqueuse avec hypertrophie de la muscularis-mucosae. La sclérose pénètre un peu dans la musculeuse. Il n'y a pas d'infiltrat inflammatoire, ni folliculaire tuberculoïde, ni lymphoïde banal.

- La paroi de l'intestin grêle est normale, contrastant avec l'épaississement caecal. La muqueuse est sécrétante. La sous-muqueuse renferme de nombreux vaisseaux congestifs, mais il n'y a pas de sclérose".

L'examen histologique ne permettait donc pas de porter un diagnostic étiologique précis. Il révèlait seulement un diverticule caecal, sans aucun remaniement inflammatoire.

Les suites opératoires furent rapidement favorables.

Le malade est revu en 1959. Un transit du grêle montre un fonctionnement satisfaisant de l'anastomose. Les anses grêles sont souples et le colon ascendant ne présente aucune anomalie morphologique.

- En 1962, les troubles digestifs réapparaissent, mais aucun examen radiologique ne peut être pratiqué.

- En 1965, la diarrhée s'accentue. Le malade présente à nouveau un syndrome de KOENIG. Ce qui l'amène à consulter.

Un lavement baryté est pratiqué :

"La baryte progresse normalement jusqu'à l'anastomose. A ce niveau, le liquide ne s'infiltre que très difficilement et sous pressions dans un grêle rétréci, en corde. En amont de ce rétrécissement l'iléon est dilaté. Ces images radiologiques sont donc très évocatrices d'une Maladie de CROHN ayant récidivé sur l'anastomose".

Intervention (mars 1965 - Pr. agrégé LOYGUE)

"Laparatomie para-médiane droite. Les lésions intéressent la zone de l'anastomose. Elles ont un aspect inflammatoire avec de gros ganglions dans le méso et une scléro-lipomatose. Il n'y a pas de fistule.

Résection iléo-colique, passant à 40 cms. en amont et à 30 cms. en aval.

Anastomose iléo-colique termino-terminale en un plan".

Examen histologique (Dr. CONTE)

"La résection comprend 30 cms. de grêle normaux, puis une zone malade rétractée de 10 cms., puis 15 cms. coliques normaux.

La zone malade est épaissie.

A ce niveau la muqueuse est pratiquement ulcérée en totalité et les plis ont disparu.

Le début et la fin des lésions sont très nets macroscopiquement. La zone atteinte siège à la partie terminale du grêle jusqu'à la muqueuse colique.

Il existe une sclérose sous-muqueuse associée à une sclérose inflammatoire péri-intestinale qui se prolonge irrégulièrement le long des tractus vasculaires.

- Dans la sous-muqueuse, on retrouve une infiltration nodulaire lymphoïde avec des cellules épithéliales et géantes.

- La muqueuse est ulcérée tapissée par un granulome riche en polynucléaires. Les traînées inflammatoires pénètrent dans la musculeuse.

Des nodules lymphoïdes sont retrouvés dans toute l'épaisseur de la paroi et de la graisse sclérosée. Les ganglions sont scléreux : on y retrouve une multitude de petits foyers nodulaires épithélioïdes et giganto-cellulaires.

- L'examen histologique confirme donc le diagnostic clinique de Maladie de CROHN".

Le malade, a actuellement un bon état général, mais il présente depuis quelques mois une reprise des douleurs abdominales. De nouveaux examens radiologiques sont en cours.

Conclusion

- Maladie de CROHN, à début caecal, évoluant depuis des années chez un malade jeune. En 1958, intervention pour un rétrécissement isolé du caeco ascendant en regard de la valvule : Résection iléo-caecale limitée. L'examen histologique montre un diverticule caecal, et une sclérose hyaline adjacente, sans aucun signe inflammatoire associé. Il n'y a pas de lésions histologiques en faveur de la Tuberculose ou de la Maladie de CROHN.

L'évolution a cependant permis d'affirmer ce dernier diagnostic.

En effet, en 1963, 7 ans plus tard apparaît, une récidive sur le grêle en amont de l'anastomose, typique sur le plan clinique et radiologique. Une résection iléo-colique plus étendue est pratiquée.

L'examen histologique de la pièce, confirme le diagnostic de Maladie de CROHN.

oOo

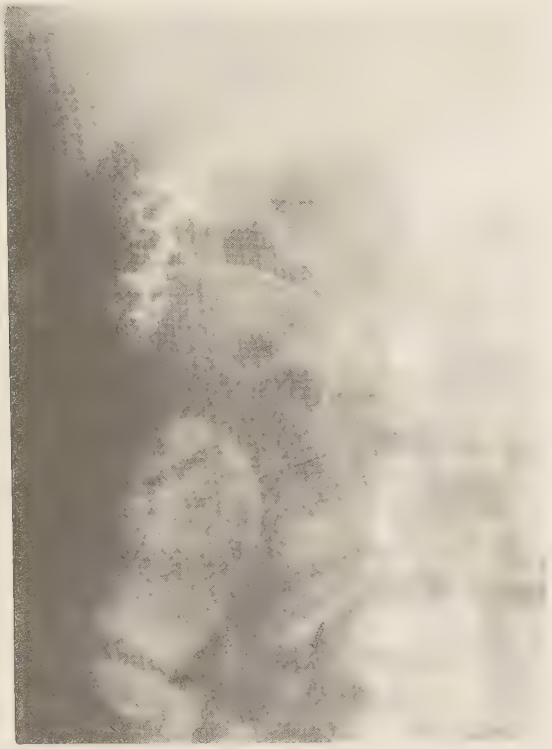
Observation n° 4

1958 - Transit du grêle

1958 - Transit du grêle

1959 - Transit du grêle, après résection iléo-colique limitée

Observation n° 4



1965 - Récidive

OBSERVATION N° 5 (Dr. ROBERTI)

- Monsieur P... âgé de 38 ans, consulte le Docteur ROBERTI, pour la première fois en janvier 1967.

Il présente une longue histoire digestive que l'interrogatoire (et les documents qu'ont bien voulu nous confier les Docteurs ROUVILLOIS et NICOLAS, chefs de service à l'hôpital Franco-Musulman, ce dont nous les remercions vivement), permettent de reconstituer :

- LE DEBUT DES TROUBLES REMONTE A 1955

Depuis quelques mois, le malade, âgé alors de 26 ans, présente une diarrhée chronique associée à des douleurs abdominal s diffuses. En août 1955, les douleurs augmentent, se localisent au niveau de la fosse iliaque froite. La température s'élève à 38, 38,5.

Le malade est hospitalisé à l'hôpital Franco Musulman et opéré avec le diagnostic d'appendicite subaiguë.

L'intervention montre un caecum cartonné avec un gros abcès. L'appendice est enlevé. Il n'a pas été pratiqué d'examen histologique.

- Très rapidement, vers le 15e jour, le malade est pris de douleurs abdominales violentes, la température s'élève, et une fistule pariétale apparaît.

- Le 26 août 1955 : une intervention est pratiquée pour former la fistule dont l'origine ne semble pas caecale.

La plaie se ferme progressivement et le malade sort.

En mars 1956, le malade est à nouveau hospitalisé. Une fistule externe, au niveau de la cicatrice d'appendicectomie est apparue depuis une quinzaine de jours.

- Intervention : elle montre que la fistule siège au niveau du grêle, à 10 cms. de la valvule iléo caecale. L'iléon terminal est cartonné, épaissi. Le péritoine est très inflammatoire. Fermeture de la fistule. Antibiotiques. Aspiration.

- Un mois plus tard survient une nouvelle fistule pariétale.

Une hémicolectomie droite avec résection de 20 cms. du grêle est pratiquée en avril 1956.

- EXAMEN HISTOLOGIQUE

- "De nombreux prélèvements portent sur l'iléon et le colon.

- Au niveau de l'iléon : la muqueuse a gardé sa structure normale. Il existe en revanche une réaction inflammatoire assez intense de la sous-muqueuse de type histio-lymphocytaire.

- Les prélèvements coliques ne montrent aucune lésion. En revanche les lésions péritonéales sont importantes.

- Granulomes inflammatoires qui prennent par place une structure folliculaire, avec de nombreux éléments plasmodiaux macrophagiques. On peut noter de plus de grandes plages de sclérose fibroblastique et collagène.

- Conclusion : étant donné les antécédents chirurgicaux, il s'agit probablement d'un granulo-talcome".

Cette conclusion nous paraît discutable.

1 - Il est préférable de ne pas conclure à une réaction inflammatoire à corps étranger tant que ce dernier n'a pas été mis en évidence, au besoin en pratiquant l'examen en lumière polarisée.

2 - La localisation des lésions à l'iléon terminal, l'aspect histologique, certes non spécifique de granulome inflammatoire, prenant par places une structure folliculaire, les macrophages et la sclérose, auraient dû faire évoquer le diagnostic de Maladie de CROHN, surtout en l'absence de corps étranger. L'évolution va permettre d'affirmer ce diagnostic.

- De 1956 à 1961, le malade continue à présenter des douleurs abdominales et une diarrhée qui n'entraînent pas une altération trop importante de l'état général.

Mais en juin 1961 apparaissent deux sortes de manifestations.

1 - Un abcès du flanc droit survient avec température à 39° et leucocytose progressivement croissante. Il ne tarde pas à s'ouvrir à la paroi.

Le malade est de nouveau hospitalisé.

	Observ. 1	Observ. 2	Observ. 3	Observ. 4	Observ. 5
Sexe	Femme	Homme	Femme	Homme	Homme
Age	26 ans	41 ans	14 ans	31 ans	26 ans
Diarrhée	+	+	+	+	+
Diarrhée avec sang	0	0	0	0	+
Amaigrissement	+	+	+	+	+
Syndrome de Koënig	+	+	0	+	0
Masse Abdominale	+	+	+	0	0
Lésions anales	0	0	0	0	+++
Fistules pariétales	+	0	0	0	+++
Fistules internes	0	0	0	0	0
Manifestations articulaires	0	0	0	0	0
Manifestations cutanées	0	0	0	0	0
Manifestations oculaires	0	0	0	0	0
Interventions : Hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse	+	+	+	+	+
Récidives	+	0	+	+	++

- Le lavement baryté montre un rétrécissement de l'anse grêle anastomotique. Il visualise aussi la fistule sur le grêle à environ 10 cms. de l'anastomose.

Cette fistule évolue pendant 2 mois, malgré un traitement médical intense, avec des alternatives de rétention et d'ouverture, si bien qu'une nouvelle intervention est décidée. Nous n'en avons pas le compte rendu.

- EXAMEN HISTOLOGIQUE

- "Le chorion de la muqueuse du grêle est en transformation fibreuse. Il est infiltré d'éléments inflammatoires qui se prolongent entre les couches musculaires.

Sur les coupes, la fistule est borgne, ses bords sont relativement nets, fibreux et sa lumière occupée par de nombreuses hématies.

Dans les ganglions examinés, on observe un certain degré d'hypervascularisation et d'oedème. Il n'y a pas d'image histologique d'inflammation spécifique".

2 - Pour la première fois, le malade présente un syndrome rectal.

Il a remarqué la présence de sang dans les selles. Il se plaint de ténesme, de faux besoins.

L'examen clinique met en évidence un rétrécissement rectal.

- Le doigt au toucher rectal, ne peut franchir un défilé étroit à 4 cms. de l'anus.

- Le lavement baryté montre une ampoule rectale rétrécie, qui ne se laisse pas distendre. Les parois manquent de souplesse sur les clichés faits en insufflation.

Le diagnostic de Maladie de Nicolas-Favre peut être éliminé par l'absence des adénopathies inguinales caractéristiques. L'intra-dermo de Frei est négative à plusieurs reprises.

Une biopsie rectale est pratiquée. Elle ne montre aucune lésion histologique spécifique. "Le chorion de la muqueuse est infiltré de façon dense par des lymphocytes surtout et quelques plasmocytes. Cette infiltration inflammatoire s'accompagne d'oedème et d'une hypervascularisation".

Un traitement par la technique de dilatation diathermique est institué, sans grand succès.

De 1961 à 1967, la maladie évolue progressivement sans accidents aigus notables. Le malade présente toujours une diarrhée, des douleurs abdominales à type de ballonnements. L'état général est relativement conservé.

- S'il vient consulter en janvier 1967, c'est que depuis quelques mois sont apparues des lésions anales.

L'examen de l'anus montre en effet :

- d'une part des condylomes nombreux, développés sur toute la marge anale. Les uns isolés, les autres agglomérés formant de véritables tumeurs en chou-fleur.

- D'autre part, deux orifices de fistules anales, à 8 h. et 2 h. en position genu-pectorale, d'où sourd du pus.

- Le toucher rectal très difficile, objective un rétrécissement ano-rectal.

- La rectoscopie, même sous anesthésie générale est impossible. On ne peut progresser que de quelques centimètres. Le rectum est dur, fibreux, inextensible. L'examen général montre un malade amaigri, asthénique, subfébrile.

Les poumons et le coeur sont normaux.

L'examen de l'abdomen, couvert de cicatrices est négatif. Il n'y a pas de masse perceptible. Le foie et la rate ne dépassent pas le gril costal.

Les aires ganglionnaires sont normales. En particulier les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés.

- La longue histoire digestive, avec sa diarrhée, ses fistules intestinales à répétition, les lésions ano-rectales, font évoquer d'emblée le diagnostic de Maladie de CROHN.

- Le lavement baryté confirme ce diagnostic.

Il permet de mettre en évidence :

1 - Le rétrécissement rectal : les parois du rectum sont rigides, inextensibles, ont perdu toute souplesse. Le rectum est filiforme.

2 - La baryte progresse normalement jusqu'à l'anastomose. Mais à ce niveau, elle ne s'infiltre que très difficilement. L'anse grêle est rétrécie, rigide, en corde.

INTERVENTION (Dr. MAILLET)

- "Médiane à cheval sur l'ombilic ;
- Vérification de l'anastomose iléo-transverse.

Il existe à ce niveau une sténose serrée, assez longue, circulaire.
Résection de la région. Résection de 40 cms. de grêle.
Rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale.
Anus iliaque gauche sur baguettes.

- Les suites opératoires ont été excellentes. Mais l'apparition d'une nouvelle fistule anale a fait transformer l'anus iliaque gauche provisoire en anus définitif.

HISTOLOGIE (Pr. TOURNEUR)

"1 - BIOPSIE ANALE

Elle montre une zone où le revêtement malpighien est normal autour d'une interruption ulcéreuse. En regard de celle-ci le chorion est scléreux, hypervascularisé et contient d'assez nombreux leucocytes notamment polynucléaires. Il n'y a pas de granulome spécifique.

2 - ZONE ILEO COLIQUE

La paroi du grêle est fortement épaissie. La muqueuse est par endroit totalement détruite par des ulcérations granulomateuses. La sous-muqueuse est interrompue au sein d'une sclérose riche en vaisseaux, épaisse et dense dans laquelle on trouve de nombreux filets nerveux. Il existe des infiltrats lymphoïdes dans le méso. On trouve enfin et surtout une très importante prolifération nerveuse péri-vasculaire formant de véritables névromes plexiformes.

- Maladie de CROHN typique"

CONCLUSION :

Nous présentons une observation de Maladie de CROHN à début iléal dont nous avons suivi l'évolution pendant 12 ans.

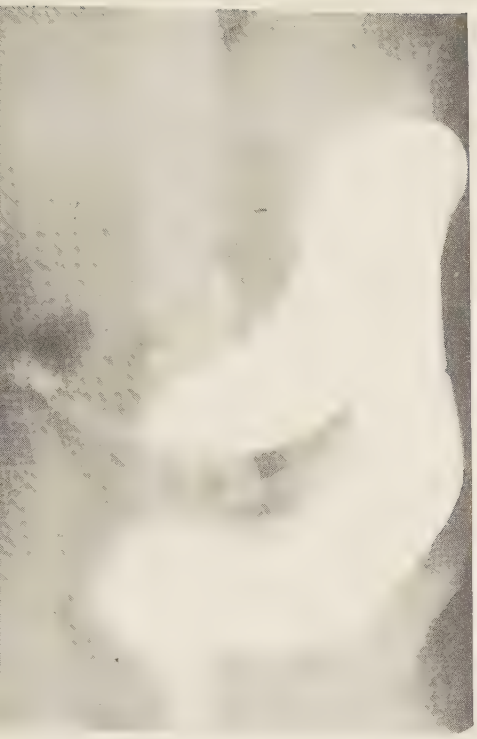
Ses caractères cliniques principaux sont :

- le début pseudo-appendiculaire en 1955,

- la survenue répétée de fistules intestinales pariétales,
- la récidive au niveau de l'anastomose iléo-colique, obligeant à une résection plus étendue,
- l'apparition d'une localisation ano-rectale secondaire qui se manifeste par des lésions anales = condylomes et fistules extra-sphinctériennes, et un rétrécissement rectal progressif. Celui-ci a imposé un anus iliaque gauche définitif.

oOo

Observation n° 5



1961 - Fistule pariétale, après hémi-colectomie droite.

1964

1967 - 1) Récidive au niveau de l'anastomose iléo-colique
2) Localisation Ano-rectale.

Observation n° 5

1967

1967

1967

ASPECTS CLINIQUES DE LA MALADIE DE CROHN

ILEO COLIQUE ET COLIQUE

Le diagnostic des formes iléo-coliques de la maladie de CROHN est relativement facilité par la présence des signes radiologiques au niveau de l'iléon terminal. Ceux-ci sont en effet évocateurs.

Plus ardu est le diagnostic des formes caecales ou coliques pures. Ces localisations posent tous les problèmes de la pathologie colique ; surtout quand l'atteinte intestinale est segmentaire et unique.

La séméiologie de la maladie de CROHN est riche mais parfois trompeuse. Des lésions cutanées ou anales peuvent précéder de quelques mois ou années les premiers troubles digestifs. Dans d'autres cas, l'apparition de fistules pariétales après une intervention ou une récidive permettront de faire le diagnostic.

Celui-ci repose donc sur la confrontation des données cliniques, radiologiques, histologiques et évolutives de la maladie.

Il nous a donc paru intéressant de reprendre l'étude des principaux signes de cette affection, en notant la fréquence de chacun d'eux.

AGE

Si les différents auteurs insistent sur l'âge jeune des sujets atteints d'iléo-colite, il semble que l'atteinte primitive du colon se voit dans des groupes d'âge plus avancé.

Dans la publication de CORNES et STRECHER, portant sur 45 cas de CROHN coliques, les cas les plus nombreux se voient au-delà de 30 ans, avec 9 cas chez des femmes de 60 à 70 ans.

Dans l'étude de LOCKHART-MUMMERY et MORSON, sur 57 cas d'atteinte isolée du colon, une grande proportion de malades est d'un âge élevé.

Dans les 5 cas que nous avons rapportés, les sujets sont jeunes :

- 3 malades entre 20 et 30 ans,
- 1 malade a 41 ans.
- 1 malade a 14 ans.

SEXE

L'atteinte iléo-colique est plus fréquente chez les hommes.

Les atteintes coliques pures seraient plus fréquentes chez les femmes (CORNES et STRECHER).

CLINIQUE

Le symptôme clinique dominant est :

- la diarrhée, nous l'avons notée dans nos 5 observations.

Elle est faite de 4 à 5 selles par jour, liquides, parfois pâteuses, ne contenant le plus souvent ni glaires ni pus.

La présence de sang est rare : sur les 44 cas de LINDNER et MARSHAK, il n'existe d'hémorragie que dans 4 cas. Le rectum et le sigmoïde étaient alors atteints.

Pour MORSON, du sang et des glaires peuvent être trouvés dans les selles, mais en général à un stade tardif de l'évolution et dans les localisations recto-sigmoïdiennes. Ce fut le cas dans notre observation (5).

Cette diarrhée est généralement continue. Mais des périodes de transit normal peuvent se voir. Il peut même exister des alternances de diarrhée et de constipation (6 % des cas - JADOT et CHANOINE), voire une constipation (8 %).

- Les douleurs abdominales sont habituelles. Elles varient dans leur siège en fonction des segments coliques atteints.

Il peut même s'agir d'épigastralgies avec nausées et vomissements pouvant orienter vers une pathologie gastro-duodénale ou vésiculaire.

Dès que le processus fibreux s'installe, les douleurs deviennent paroxystiques et se localisent. La crise se termine par une débacle gazeuse ou diarrhéique réalisant ainsi un syndrome de Koënig, comme dans nos observation 1 - 2 - 4.

Sur le plan général, l'amaigrissement et la fièvre sont des signes fidèles.

- L'amaigrissement

Il peut être considérable et rapide, sans qu'il y ait obligatoirement de rapport entre l'étendue des lésions et son importance.

Dans 42 cas de formes iléo-coliques, l'amaigrissement est inférieur à 5 kgs. dans 50 % des cas, supérieur dans 20 % (JADOT, CHANOINE). BODART et DIVE donnent des chiffres plus importants, amaigrissement de 10 kgs. dans 43 % des cas, au-delà dans 57 % des cas.

Il s'agit donc d'un signe constant attestant la gravité de l'affection.

La fièvre est variable dans son importance. Le plus souvent, il s'agit d'un fébricule régulier. Mais de grandes poussées fébriles peuvent se voir au moment de la constitution des abcès ou des fistules.

A l'examen :

- Un signe beaucoup moins constant, absent dans près de la moitié des cas, est la perception d'une masse (observations 1 - 2 - 3). Bien souvent, l'examen de l'abdomen est simplement douloureux.

Les lésions anales

Les lésions anales, par leur fréquence, leur aspect particulier, constituent, plus qu'une complication, un symptôme de la maladie.

Dans leur étude, portant sur 75 cas de Maladie de CROHN iléo-coliques et coliques, MORSON et LOCKART-MUMMERY les ont observées dans 80 % des cas.

- Dans les atteintes coliques, diffuses, ils ont noté des lésions anales dans 87 % des cas.

- Dans les atteintes segmentaires coliques, la proportion est plus faible : environ 60 %.

- Dans les atteintes rectales et sigmoïdiennes, tous les malades à un moment donné de l'évolution, ont présenté une lésion anale.

Il nous paraît cependant nécessaire de souligner que dans cette série, le rectum est atteint dans 50 % des cas, le sigmoïde dans 70 % des cas.

Les lésions anales sont de différents types :

- Les fissures anales, siègent aussi bien au niveau de la commissure postérieure qu'antérieure. Elles sont indolentes, présentent un aspect inhabituel, plus larges, plus étendues que les fissures banales. La région anale est souvent oedématiée.

- Plus évocatrices sont les ulcérations, observées dans les localisations recto-sigmoïdiennes. Ces ulcérations, indolentes, sont le siège d'une suppuration chronique.

De taille variable, elles peuvent rester limitées mais aussi s'étendre au canal anal et à la région périnéale.

- Les fistules anales

Elles sont signalées par BODART et DIVE, dans la moitié de leurs cas.

- LINDNER, trouve une proportion plus faible : de 20 %.

- Dans notre observation (5), 2 fistules évoluaient depuis des mois chez ce malade présentant une sténose rectale.

- Caractérisées par leur indolence, elles s'ouvrent à la paroi par de nombreux pertuis, donnant une idée de la complexité de leurs trajets. Elles ressemblent ainsi aux fistules tuberculeuses dont on connaît maintenant la rareté.

L'évolution de ces lésions anales est chronique. Elles sont le plus souvent rebelles au traitement, en particulier les fistules.

Dans la plupart des cas, elles continuent à évoluer tant que les lésions intestinales n'ont pas été réséquées.

Dans très peu de cas, elles guérissent spontanément au cours d'une rémission de la maladie.

L'étude histologique de ces lésions est essentielle pour le diagnostic. Sur 29 biopsies pratiquées, MORSON et LOCKHART-MUMMERY ont trouvé dans 25 cas des granulomes lympho-plasmocytaires avec cellules géantes, s'organisant en aspect pseudo-tuberculeux ou pseudo-sarcoïdosiques. Les diagnostics différentiels les plus habituels sont la tuberculose et les granulomes inflammatoires réactionnels à un corps étranger.

La présence d'une nécrose caséeuse est en faveur de la tuberculose. En cas de doute, on devra faire une inoculation au cobaye.

- Dans les granulomes réactionnels à un corps étranger, les cellules géantes sont plus grandes, plus sphériques et ont un plus grand nombre de noyaux. De plus, le corps étranger le plus souvent une fibre végétale est retrouvé.

Ce diagnostic histologique est d'un grand intérêt, car les lésions anales peuvent précéder, parfois de plusieurs années, les symptômes abdominaux. L'examen anatomo-pathologique de toute fistule doit être pratiqué. Quand la réaction "sarcoïde" est mise en évidence, il faudra répéter les clichés digestifs, recherchant ainsi les premiers signes d'une atteinte intestinale.

- Les fistules pariétales

Elles apparaissent au niveau d'une cicatrice abdominale d'appendicectomie le plus souvent. Elles peuvent apparaître rapidement après l'intervention initiale, comme dans les observations 1 et5, mais parfois des années plus tard.

Tout phlegmon pyostercoral, d'apparition spontanée ou sur cicatrice, doit faire évoquer la Maladie de CROHN.

Nous rapporterons ici l'observation publiée par JOYEUX, BETOULIERES, COLIN, d'une Maladie de CROHN à forme caecale pure, où le diagnostic fut porté après l'apparition de fistules pariétales.

- Il s'agissait d'une femme de 26 ans, enceinte, qui en fin de grossesse, présenta des phénomènes subocclusifs fébriles imposant l'intervention.

Après avoir pratiqué une césarienne, l'exploration de l'abdomen montra une région iléo caecale, inflammatoire, indurée. L'appendice fut réséqué.

Peu de temps après apparaissent 2 fistules. L'une au niveau de la cicatrice de laparotomie, l'autre au niveau de l'orifice de drainage.

Une fistulographie lipiodolée, montre que les deux orifices communiquent entre eux et avec le bas fond caecal.

Rapidement un syndrome de koënig s'installe.

L'examen de l'abdomen révèle l'existence d'une masse de la fosse iliaque droite.

Une hémicolectomie droite est pratiquée avec résection de 60 cms. de grêle.

L'examen histologique montre des lésions en faveur de la Maladie de CROHN. L'iléon est normal.

Cette observation confirme la rapidité d'apparition des fistules pariétales mais aussi la nécessité du contrôle attentif de la dernière anse grêle au cours de toute appendicectomie, surtout si l'appendice paraît peu atteint, et s'il existe des ganglions.

- Les fistules internes

Il peut s'agir de fistules recto-vaginales, de fistules vésicales avec pyurie et pneumaturie, de fistules colo duodénales ou colo-coliques.

L'état clinique du malade s'aggrave, l'amaigrissement s'accentue, la température s'élève, la diarrhée devient plus importante.

Le diagnostic sera posé par les examens radiologiques : lavement baryté et transit du grêle.

Les fistules internes sont plus souvent rencontrées dans les atteintes coliques gauches de la maladie.

On s'est demandé qu'elle était l'influence des cortico-stéroïdes dans l'apparition des fistules.

Pour les auteurs belges, BODART et DIVE, elle est nulle. La fréquence des fistules internes et anales semble la même, chez les malades traités par les cortico-stéroïdes ou chez ceux qui n'en reçoivent pas.

MANIFESTATIONS ASSOCIEES

Tout comme dans les atteintes iléales, des manifestations associées, atteintes articulaires, cutanées et oculaires, peuvent se voir dans les formes iléo-coliques et coliques de la Maladie de CROHN.

- Les manifestations articulaires

Il s'agit d'arthralgies aspécifiques, atteignant le plus souvent les grosses articulations : genoux, coudes, chevilles. Les articulations sont rouges, chaudes, tuméfiées. Les réactions de WAALER ROSE et au latex sont négatives.

L'origine de ces atteintes articulaires est inconnue. Leur fréquence est à peu près la même pour les différents auteurs.

- VAN PATTER = 4,5 %
- LINDNER = 2 cas sur 44 malades,
- JADOT, CHANOINE = 2 cas sur 46 malades.

Ces manifestations articulaires peuvent apparaître bien avant les premiers signes gastro-intestinaux, faisant errer le diagnostic pendant de longs mois.

- Les manifestations cutanées

Signalons l'érythème noueux, l'eczéma, l'ichtyose.

Les atteintes cutanées sont relativement rares.

- 1 cas sur les 44 malades de LINDNER.

La biopsie cutanée a pu mettre en évidence la réaction "sarcoïde" dans certains cas.

- Les manifestations oculaires

Kératites, épisclérites, uvéites sont plus rares.

oOo

R A D I O L O G I E

L'étape radiologique est capitale pour le diagnostic des différentes localisations de la Maladie de CROHN.

Lorsque l'atteinte iléale est caractéristique de la Maladie de CROHN, il est fort probable que l'atteinte colique est de même nature.

Il est donc essentiel d'étudier soigneusement la dernière anse grêle.

Deux examens permettent cette étude :

- Le lavement baryté : en s'aidant de modificateurs du comportement et de compressions dosées.

- Le transit baryté du grêle : suivant la technique, de CHERIGIE, : absorption par le sujet à jeun d'une faible quantité de baryte (2 à 3 cuillérées à café). Les premiers clichés sont centrés sur l'angle duodéno-jéjunal, puis tirés de $\frac{1}{2}$ heure en $\frac{1}{2}$ heure en suivant la progression de la baryte sous écran.

- Schématiquement on peut décrire au niveau de la dernière anse iléale trois types d'altérations segmentaires (BROMBART).

- Un segment rétréci, tubulaire, rigide réalisant le signe de la corde, à bords symétriques, lisses ou finement spiculaires ou bien un segment à bords crênelés, avec relief polypoïde. C'est le segment distal.

- Un segment d'anse asymétrique dont le bord mésentérique est régulièrement curviligne et dont le bord anti-mésentérique est festonné. C'est le segment intermédiaire peu souple.

- Enfin, un segment large, dilaté, dont le relief est à peine altéré. C'est le segment proximal.

Lorsque ces lésions, caractéristiques, du grêle sont associées à une atteinte colique, le diagnostic de Maladie de CROHN est porté.

Le diagnostic est en revanche bien plus difficile quand le lavement baryté ne montre que des lésions coliques et que la dernière anse de l'intestin grêle paraît normale.

Les segments coliques les plus atteints sont le caecum, le colon droit et le transverse.

- Au début, l'atteinte n'est jamais uniforme. Les lésions anatomiques de la Maladie de CROHN sont en effet discontinues, séparées entre elles par des intervalles de muqueuse saine.

Un des signes les plus précoces, témoignant de lésions organiques pariétales indiscutables est l'existence de petites lacunes marginales d'un des bords, unique ou multiples. Au sein de ces lacunes marginales de petites taches barytées irrégulières sont souvent visibles, reliées à la lumière colique par de fins tractus opaques.

Elles apparaissent parfois plus nettement à l'évacuation que sur les clichés de remplissage donnant des aspects pseudo-diverticulaires. La colonne barytée prend un aspect très peu homogène avec de multiples clartés irrégulières des faces (lacunes) et des taches plus opaques au sein des clartés (ulcérations pseudo-diverticulaires au sein des lacunes) ou entre les clartés (portions de la paroi colique épargnées par des lacunes).

A un stade plus tardif, peuvent apparaître des traînées barytées longitudinales denses représentant de longues ulcérations longitudinales. Elles sont reliées entre elles par des sillons transversaux profonds. Ces ulcérations, associées à l'oedème de la paroi, donnent des aspects pavimenteux, pseudo-polypoïdes.

Les ulcérations transversales apparaissent comme des spicules perpendiculaires à l'axe du côlon. Rappelons que ces fissures en pénétrant profondément dans la paroi sont à l'origine des fistules et des abcès.

- Plus tardivement, la sclérose devient importante. Les lésions du relief muqueux disparaissent. Cette sclérose provoque un épaississement de la paroi, un rétrécissement de la lumière intestinale. Ces zones sténosées sont caractérisées par leur régularité, leur petite étendue. Le raccordement avec le côlon sain se fait d'une manière régulière par un élargissement progressif, en entonnoir.

- Les lésions radiologiques sont de plus caractérisées par le "phénomène du saut". En effet, les régions atteintes par le processus granulomateux, qu'il s'agisse de lésions de la muqueuse ou de lésion de fibrose, sont séparées entre elles par des zones de côlon sain. Enfin, des lésions d'âge différent peuvent être observées dans les divers segments du côlon.

- Nous n'avons pas constaté dans nos 5 cas personnels, de lésions de la muqueuse, d'ulcérations ni de "phénomène du saut".

Les lésions étaient limitées à la région caecale sauf dans l'observation (5).

Il s'agissait dans tous les cas de rétrécissements localisés et réguliers. L'absence de parallélisme entre les signes radiologiques et les constatations anatomiques est à noter.

- Dans l'observation n° 2, les lésions paraissaient limitées au caecum. Mais l'examen histologique montra une atteinte des derniers centimètres de l'iléon.

Dans l'observation n° 3, la dernière anse grêle paraissait étirée, rigide. L'examen histologique a montré qu'elle était saine.

- Dans les observations 1 et 4, le lavement baryté montrait un rétrécissement limité en regard de la valvule iléo-caecale.

- Dans l'observation n° 5, le rectum était rétréci, filiforme, inextensible.

L'artériographie sélective des artères mésentériques supérieures ou inférieures, peut apporter certains renseignements.

- Dans la Maladie de CROHN, les artères sont hypertrophiées. Le réseau d'artères et d'artérioles est abondant. Le retour veineux, augmenté, se fait dans les délais normaux.

L'artériographie, associée à l'insufflation colique, met en évidence l'épaississement de la paroi colique et parfois l'existence d'une gangue sclero-inflammatoire.

Elle présente un certain intérêt dans le diagnostic différentiel d'après HERNANDEZ.

En effet :

- dans les tumeurs caecales : le réseau artériolaire est anarchique, le retour veineux précoce.

- Dans la recto-colite hémorragique : il existe une hypervascularisation avec épaississement pariétal. Surtout, le retour veineux est rapide, dense, du fait des shunts.

- Dans la tuberculose iléo-caecale : le retour veineux est accentué et se fait plus rapidement que la normale.

RECTO-SIGMOIDOSCOPIE

- BODART, DIVE et collaborateurs, trouvent des lésions à type d'ulcérations punctiformes avec pus, parfois des pseudo-polypes inflammatoires dans les cas d'atteinte recto-sigmoïdienne de la Maladie de CROHN. Ces lésions ont toujours une distribution discontinue.

Lorsque la Maladie de CROHN est limitée à la partie droite du côlon et à l'iléon, la muqueuse rectale est presque toujours normale, parfois un peu fragile.

La biopsie même dans ces cas, à condition d'être profonde, peut déceler des lésions histologiques en faveur du CROHN. (Elle fut positive 6 fois sur 19 cas de Maladie de CROHN iléo-coliques droites).

- LINDNER et MARSHAK, ne trouvent de lésions rectoscopiques que dans les localisations rectales et sigmoïdiennes de la Maladie.

- NEUMAN, BARGEN, sur 201 cas de colite granulomateuse, notent une rectoscopie normale dans 173 cas.

- LOYGUE et la VAYSSIERE, ont signalé des ulcérations superficielles et des lésions inflammatoires non spécifiques dans leurs 6 cas d'iléo colite opérés.

- MORSON et LOCKHART-MUMMERY, observent une muqueuse normale dans les cas d'atteintes segmentaires du côlon droit et transverse.

Quand le rectum est atteint, et c'est le cas dans 50 % de leurs observations, la muqueuse est congestive, oedématiée, porteuse d'ulcérations.

La biopsie pratiquée dans 19 cas leur a permis 16 fois de mettre en évidence la réaction "sarcoïde" dans la sous-muqueuse, associée à des lésions inflammatoires chroniques et à une hyperplasie du tissu lymphoïde.

En conclusion d'après tous ces auteurs, les lésions rectoscopiques que nous allons décrire, sont le plus souvent observées dans les localisations recto-sigmoïdiennes de la maladie.

Cependant des anomalies plus discrètes mais de grand intérêt peuvent être notées dans les localisations droites de la maladie. Il est donc intéressant de pratiquer cet examen en y associant une biopsie assez profonde de la paroi qui peut déceler des nodules épithélioïdes avec cellules géantes de Langhans, sans nécrose centrale caséeuse. Si ces lésions histologiques ne sont pas spécifiques, il n'en reste pas moins vrai que leur constatation est de valeur et orientera le diagnostic.

- Les lésions observées à la rectoscopie sont diverses :

- hyperhémie de la muqueuse avec oedème, réalisant dans les formes évoluées un aspect en "galets" ou en "pavés",

- muqueuse congestive avec parfois des ulcérations punctiformes, nombreuses, superficielles, à fond blanchâtre, pouvant évoquer une amibiase. En présence de ces lésions, 2 malades sur les 6 cas d'iléo colite rapportés dans la thèse de D. CATTAN, reçurent un traitement émétinien.

- Dans d'autres cas, il s'agit de formations pseudo polypoïdes associées à des ulcérations à l'emporte-pièce, arrondies ou sinueuses, départageant la muqueuse en plages où il persiste des îlots de muqueuse intacte.

Ces aspects peuvent faire hésiter avec les lésions rectoscopiques de la recto-colite-hémorragique. Dans cette dernière, les lésions sont continues et c'est là un élément différentiel important. La muqueuse a un aspect dépoli, le saignement est abondant avec mucus et pus.

- Enfin, à un stade avancé de rétrécissement rectal (LOCKHART n'en a observé qu'un seul cas), comme dans notre observation (5), la rectoscopie peut devenir impossible.

oOo

B I O L O G I E

Les signes biologiques de la Maladie de CROHN ne sont pas spécifiques.

Discrets dans les atteintes coliques pures, plus marqués dans les iléo-colites, ils sont surtout importants dans les formes jéjuno-iléales de la maladie. L'intestin grêle est en effet un organe essentiel pour le métabolisme de la vitamine B12, des lipides, glucides et protides.

Certaines anomalies témoignent du haut potentiel inflammatoire de la maladie.

- La vitesse de sédimentation est généralement accélérée.
- L'électrophorèse sur papier, montre une augmentation des α 2 globulines, surtout marquée au moment des poussées.
- L'immunoélectrophorèse, confirme l'élévation des α 2 globulines essentiellement l' haptoglobine.

Ces examens sont des éléments essentiels de la surveillance, à grouper périodiquement au cours de l'évolution.

D'autres signes biologiques, au contraire, témoignent de l'extension des lésions, au niveau du grêle.

Notre étude, portant sur les formes coliques ou iléo-coliques avec atteinte très limitée du grêle, nous les citerons brièvement.

Ils sont cependant utiles à connaître étant donné le caractère récidivant de la maladie et l'étendue parfois importante des résections du grêle.

- L'anémie se retrouve dans près de la moitié des cas, à une étape ou à une autre de la maladie. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une anémie hypochrome, due le plus souvent aux saignements intestinaux minimes et à l'hypo-protidémie.

Mais parfois, l'anémie est hyperchrome, mégaloblastique, due à une carence en vitamine B 12. Il est en effet admis que l'absorption de la vitamine B 12 se fait au niveau de l'iléon terminal. Toute atteinte de ce segment, peut donc être responsable d'une anémie para Biermérienne.

Une hyperleucocytose est souvent notée, nette au moment des poussées.

Une éosinophilie est un fait fréquent dans la maladie.

- L'hypo-protéinémie n'est pas rare. La baisse des protides est le plus souvent due à une baisse de l'albumine.

Cette hypoprotéinémie n'est pas en rapport avec une altération fonctionnelle du foie, mais due à une exsudation protéique intestinale, comme l'ont montré les épreuves à l'albumine marquée et la méthode du P.V.P. 131.

L'apparition d'oedèmes, en est la conséquence clinique.

La baisse de l'albumine revêt une certaine valeur pronostique tant pour juger de l'évolution de la maladie que pour apprécier les risques de l'intervention. Il faut d'ailleurs noter qu'elle se répare généralement avec une grande rapidité, après résection des lésions

Les troubles glucidiques ne sont marqués que dans les atteintes jéjunales de la maladie. Les épreuves au D-xylose sont le plus sonvent normales dans les atteintes de l'iléon terminal et en cas de résection de la partie terminale du grêle.

- La stéatorrhée se voit le plus souvent dans les atteintes iléales hautes et jéjunales. La surinfection la favorise. Elle est le plus souvent associée à une hypocalcémie, hypocalciurie. On peut la retrouver dans l'évolution post-opératoire des malades à qui l'on a pratiqué une résection de l'iléon avec anastomose iléo-caecale ou iléotransverse.

- Le cholestérol est souvent abaissé dans la Maladie de CROHN. L'absence de réabsorption des sels biliaires au niveau d'un iléon terminal pathologique serait à l'origine de cette hypocholestérolémie.

EN CONCLUSION

- Dans bien des cas, les désordres biologiques sont discrets, surtout dans les formes limitées peu étendues

Au contraire dans les atteintes diffuses du grêle terminal ou dans les localisations jéjunales de la maladie ils peuvent être au premier plan.

Leur recherche doit faire partie de la surveillance des malades chez qui l'on a été amené à pratiquer des résections étendues du grêle terminal, comme dans les localisations iléo-coliques ou caecales pures de la maladie.

oOo

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE -

- Extérieurement les lésions ont un aspect tumoral. La paroi intestinale est épaissie, parfois de plusieurs centimètres, donnant aux segments atteints une consistance cartonnée, rigide.

Il existe une sclérolipomatose du mésentère qui est rétracté, dans les atteintes iléales, des mésocôlons dans les atteintes coliques.

Les ganglions sont augmentés de volume, hypertrophiés.

A l'ouverture : la surface muqueuse revêt un aspect semblable à ce qui est vu dans l'atteinte du grêle. L'aspect caractéristique, en "pavés ou" en "galets" n'est pas toujours présent : il est dû à ce que la muqueuse intacte est soulevée par les modifications inflammatoires de la sous-muqueuse.

Entre les galets, on peut voir des fissures communiquant entre elles. Elles tendent à détruire la muqueuse intacte qui tombe, laissant ainsi place à des ulcérations de plus en plus larges.

La limite des lésions est généralement nette.

ASPECT MICROSCOPIQUE -

- Toutes les tuniques de l'intestin sont envahies par des lésions à la fois inflammatoires et fibreuses.

L'épaississement de la paroi est dû au début à un oedème, intéressant avant tout la sous-muqueuse mais s'étendant aux autres tuniques. Ultérieurement cet oedème évolue vers la sclérose, entraînant un rétrécissement de la lumière intestinale.

- D'autres altérations sont à noter :

- Les ulcérations muqueuses qui siègent longitudinalement. Elles s'étendent jusqu'à la sous-muqueuse. Le fond de l'ulcère est occupé par un exsudat fibrino-leucocytaire ; les ulcérations ont des branches latérales qui s'enfoncent dans la profondeur et parfois jusque dans les tissus périintestinaux, et apparaissent comme des fissures. Elles sont sans doute le stade précoce des fistules.

Au voisinage de ces zones ulcérées, il existe une infiltration inflammatoire, non spécifique, à nette prédominance de polynucléaires.

- Plus caractéristiques sont les nodules granulomateux, faits de cellules épithélioïdes et mononucléées centrées par des cellules géantes plurinucléées, type cellules de Langhans et s'organisant en aspect pseudo-tuberculeux ou pseudo-sarcoïdes.

Des corps de SCHAUMAN sont quelquefois trouvés à l'intérieur des cellules géantes de la réaction "sarcoïde". Ils sont faits de cristaux bi-réfringents et de corps basophiles en formes de coquilles.

Un signe important est l'absence de nécrose caséeuse. Toute recherche de bacilles de Koch par les colorations habituelles reste négative.

Ces nodules siègent le plus souvent dans la sous-muqueuse, mais on peut les trouver dans la musculeuse et la séreuse.

Les lésions histologiques de la Maladie de CROHN se développent dans le sens vertical et toutes les parois sont atteintes.

Les nodules épithélioïdes sont toujours associés aux lésions inflammatoires banales, avec hyperplasie lymphoïde, à l'oedème et aux ulcérations.

- Il existe des altérations vasculaires : avec un épaississement de l'intima, une hypertrophie de la media et une sclérose de l'adventice, des altérations lymphatiques avec lymphangiectasies.

- Les ganglions de la région sont augmentés de volume et peuvent contenir des nodules pseudo-sarcoïdes.

- Ces lésions histologiques de la Maladie de CROHN, ne sont pas spécifiques. Elles sont cependant caractéristiques par leur mode de groupement, par leur répartition dans toutes les couches de la paroi, par leur distribution discontinue.

- Le diagnostic différentiel histologique peut s'avérer difficile avec :

- La Tuberculose, comme nous le verrons ultérieurement, surtout quand le malade a été traité par la chimiothérapie anti-bacillaire,

- avec les granulomes à corps étranger : en particulier le granulo-talcome. Les lésions histologiques sont très proches de celles de la Maladie de CROHN. Les cellules géantes, seraient cependant plus grandes, plus sphériques et contiendraient un plus grand nombre de noyaux. Il importe surtout de mettre en évidence le corps étranger, des particules de talc, par examen en lumière polarisée,

- avec la R.C.H. comme nous le verrons,

- avec les localisations intestinales exceptionnelles de la Maladie de BESNIER - BOECK - SCHAUMANN.

oOo

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel de la Maladie de CROHN est fonction de la localisation de l'atteinte granulomateuse.

A - FORMES ILEO-CAECALES -

C'est la tuberculose intestinale qui pose les problèmes les plus difficiles. Bien que la fréquence de cette affection ait considérablement diminuée depuis l'apparition de la chimiothérapie anti-bacillaire et une meilleure prophylaxie. La région iléo-caecale est en effet le carrefour d'élection des lésions tuberculeuses intestinales.

- Les signes cliniques diffèrent peu de ceux que nous avons décrits : diarrhée, douleurs abdominales dans la Fosse iliaque droite, amaigrissement, asthénie, poussées fébriles. Lorsque ces signes digestifs apparaissent chez un tuberculeux pulmonaire connu, les examens radiologiques sont rapidement demandés. Les formes actuelles sont donc dépistées relativement tôt.

La notion d'une tuberculose pulmonaire évolutive ou de lésions anciennes, sont des arguments de poids contre le diagnostic de Maladie de CROHN encore que des associations aient été décrites.

La cuti-réaction n'a de valeur d'orientation que si elle est négative. La recherche de Bacilles de Koch dans les selles n'a par contre de valeur que si elle est positive. Il est cependant nécessaire d'éliminer la possibilité de bacilles de Koch déglutis.

- Les images radiologiques doivent être discutées.

Le processus tuberculeux atteignant les derniers centimètres de l'iléon et le caecum.

- Au niveau de l'iléon : on peut voir des ulcérations, telle une niche de face au milieu d'une zone claire à demi évacuée. Le plus souvent on ne trouve que des signes indirects : les bords de l'iléon sont irréguliers frangés de petits spicules. A un stade plus tardif, la sclérose apparaît donnant à l'iléon un aspect rigide et surtout régulièrement rétréci.

- Au niveau du caecum : l'imprégnation barytée est incomplète et irrégulière. Les bords prennent un aspect déchiqueté. Le caecum apparaît marécageux et vacuolaire.

L'absence totale d'imprégnation est plus typique, c'est le signe de STIERLIN.

Le caecum est progressivement envahi par le processus de sclérose. Les parois deviennent rectilignes, rigides. Parfois, il existe une rétraction du caeco-ascendant. Cette rétraction s'exerce en hauteur et dessine un côlon droit petit, tassé sur lui-même. Le bas-fond caecal a ainsi un aspect en queue de radis.

BROMBART, dans le symposium sur la Maladie de CROHN de 1960, décrit certains signes radiologiques qui permettent de faire la différence entre CROHN et tuberculose iléo-caecale.

- Lorsque le processus siège de part et d'autre de la valvule de BAUHIN, le maximum des lésions est sur l'iléon terminal dans la Maladie de CROHN, sur le caecum dans la tuberculose.

- Dans la maladie de CROHN, le plus souvent la dernière anse est atteinte sur un segment de plus de 5 centimètres, tandis que dans la tuberculose il existe une très courte sténose terminale donnant l'image en bec de canard.

- Dans la Maladie de CROHN, l'anse iléale est asymétrique, son bord mésentérique étant lisse et curviligne. Dans la tuberculose iléo-caecale le segment qui précède la sténose terminale est symétrique et piriforme.

- Enfin, la valvule de BAUHIN est souvent pincée dans le CROHN, alors qu'elle est généralement évasée dans la tuberculose.

Un autre examen para-clinique, la laparoscopie peut parfois apporter des éléments de diagnostic.

La région iléo-caecale est souvent barrée par des adhérences. Lorsque celles-ci ne sont pas trop importantes, on peut voir la modification de coloration des anses, la scléro lipomatose des mésos et parfois des granulations péritonéales dont on connaît la valeur pour le diagnostic de tuberculose. Une biopsie peut être pratiquée à leur niveau.

- Sur le plan histologique : les lésions de la tuberculose iléo-caecale sont caractérisées par des ulcérations de type lenticulaires, annulaires, plus rarement longitudinales et par une réaction scléro-lipomateuse exubérante. Celle-ci entraîne un épaississement de la paroi qui peut atteindre plusieurs centimètres.

En réalité, il existe tous les intermédiaires entre les formes ulcératives pures et les formes hyperplasiques. Dans la grande majorité des cas, ces formes sont intriquées.

S'il existe des granulomes bien limités, à structure nettement tuberculoïde, à centre caséeux contenant des BK., le diagnostic histologique est facile.

Mais, quand un traitement d'épreuve anti-bacillaire a été institué le diagnostic histologique devient plus ardu. Il existe alors une involution presque totale des lésions spécifiques. Les follicules tuberculeux sont rares, la nécrose a disparu. Parfois il reste seulement quelques ilôts histio-lymphocytaires. La sclérose prédomine dans la sous-muqueuse et traduit un processus évolutif.

Il peut donc être malaisé de faire le diagnostic différentiel entre ces deux affections : Maladie de CROHN et Tuberculose iléo-caecale, même au microscope. On insiste, cependant, sur la distension des lymphatiques dans la sous-muqueuse et sur les altérations vasculaires plus importantes dans la Maladie de CROHN que dans la Tuberculose.

C'est donc par la recherche acharnée, sur de nombreuses coupes, des granulomes tuberculoïdes et des B.K. que le diagnostic précis de tuberculose pourra être porté. Au besoin, on fera une inoculation au cobaye.

En conclusion : L'apparition de troubles intestinaux à type de syndrome de Koënig, chez un malade atteint d'une tuberculose pulmonaire évolutive ou ancienne doit faire évoquer le diagnostic de tuberculose iléo-caecale, surtout si la sténose iléale est peu étendue, pré-valvulaire, et les lésions caecales prédominantes.

Mais tous ces éléments du diagnostic sont discutables.

Si l'évolution permet de trancher, il n'est pas cependant souhaitable d'attendre celle-ci. Nous y reviendrons plus loin.

- Le diagnostic de tuberculose iléo-caecale fut évoqué dans notre observation (2).

Les lésions radiologiques uniquement caecales, l'aspect distendu de la dernière anse, l'ulcération en regard de la valvule iléo-caecale, faisaient penser à cette possibilité.

Mais, l'interrogatoire ne retrouvait aucun antécédent pulmonaire tuberculeux, la radiographie du thorax était normale.

L'histologie, mit en évidence les lésions caractéristiques de la Maladie de CROHN.

B - LES LOCALISATIONS CAECALES DE LA MALADIE DE CROHN

De nombreux diagnostics peuvent être discutés, en présence d'une masse de la Fosse iliaque droite. Mais c'est le plus souvent l'exploration chirurgicale et l'examen anatomo-pathologique de la pièce qui permettront de faire le diagnostic.

1 - LA TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE DU CAECUM

Ce fut le premier diagnostic posé dans notre observation (1)

L'âge jeune de la malade, la localisation uniquement caecale des lésions, les antécédents familiaux (la soeur de la malade était traitée pour un infiltrat sous claviculaire ; le père était décédé d'une tuberculose pulmonaire étendue) firent d'emblée penser à ce diagnostic. Un traitement anti-bacillaire d'épreuve fut institué mais n'entraîna aucune régression des images radiologiques.

Rarement observé de nos jours, le tuberculome de DIEULAFOY est une tumeur, faite d'un épaississement de la paroi caecale toute entière, réalisant un manchon scléro-lipomateux qui peut avoir plusieurs centimètres d'épaisseur.

Autour de cette tumeur, le péritoine est dépoli, parsemé de quelques granulations bacillaires qui pourraient être visibles à la laparoscopie.

Les ganglions iléo-caecaux sont gros et fermes. A la coupe leur centre est le siège d'une nécrose-caséeuse.

L'examen histologique va permettre le diagnostic exact.

- La muqueuse et la sous-muqueuse sont épaissies, infiltrées, de fibroblastes et de leucocytes.

On y décèle des bandes de sclérose avec des formations nodulaires ou des follicules tuberculeux typiques. Ils ont un centre caséeux et contiennent, parfois, des bacilles de Koch. - Si chez un sujet jeune, la découverte d'une

sténose du bas-fond caecal, au lavement baryté fait discuter en premier lieu la tuberculose hypertrophique, ce même type d'image chez un sujet plus âgé doit faire éliminer :

- le cancer caecal,
- l'appendicite pseudo-tumorale.

2 - L'APPENDICITE PSEUDO-TUMORALE

La douleur atténuée et le peu de fièvre ont fait méconnaître au début les signes appendiculaires et c'est le plus souvent 4 à 5 semaines plus tard que le malade est amené à consulter.

Il se plaint d'une altération de l'état général, de douleurs de la Fosse iliaque droite et parfois d'une diarrhée.

La palpation découvre une masse dans la fosse iliaque droite péri-caecale, mal limitée, douloureuse.

L'examen radiologique montre une image de compression portant sur le bord gauche du caecum et sur le fond. La masse repérée par un index métallique se projette en bas et en dedans.

On est donc ramené au problème d'une masse para-caecale, chez un malade légèrement fébrile, sans antécédents digestifs, mais dont les troubles sont d'apparition récente.

Si le lavement baryté montre une image de compression extrinsèque du caecum, on pourra éliminer le cancer caecal.

Quant à la Maladie de CROHN, elle évolue en règle depuis plus longtemps.

Mais seul le chirurgien en constatant, l'appendicite subaiguë pourra affirmer le diagnostic. Il confiera néanmoins la pièce à l'anatomo-pathologiste, pour éliminer une tumeur appendiculaire ou une forme subaiguë de Maladie de CROHN.

3 - LE CANCER CAECAL

Le cancer du caecum évolue lentement, donne peu de troubles du transit et reste pendant longtemps latent. Il se manifeste par une tumeur de la Fosse iliaque droite, assez volumineuse à l'examen, demeurant souvent mobile pendant une longue période.

L'altération de l'état général, l'absence de contexte tuberculeux ou de lésions tuberculeuses associées, l'âge plus avancé des malades, peuvent être des éléments différentiels avec la Tuberculose hypertrophique du caecum.

Le diagnostic avec la Maladie de CROHN à localisation caecale pure est difficile. Cette affection, en règle générale, atteint des sujets plus jeunes et les troubles digestifs évoluent depuis longtemps.

Il faudra donc rechercher avec soin, au lavement baryté les signes caractéristiques du processus mitotique : la collerette d'invagination, l'aspect lacunaire au niveau du pôle supérieur de la tumeur et obtenir le reflux iléal pour situer exactement le cul de sac caecal.

La laparotomie et l'examen histologique confirmeront un diagnostic qui, dans certains cas, a pu rester hésitant.

4 - D'autres affections, plus rares, peuvent être évoquées. On devra penser :

- à l'amoebome : il s'agit d'une tumeur inflammatoire, constituée par un tissu cicatriciel dû à la réaction de défense à l'égard du processus nécrosant.

C'est dans les amibiases intestinales prolongées qu'on peut être amené à les observer.

Le diagnostic en est rarement porté. Des antécédents nets d'amibiase aiguë, un séjour dans un pays d'endémie, peuvent attirer l'attention.

La rectoscopie, dans certains cas, découvre des lésions caractéristiques. Un traitement anti-amibien, court, peut être alors institué. Il doit entraîner une rapide disparition des images radiologiques. Devant la persistance des lésions, il faudra intervenir.

- A la diverticulité : rare au niveau du côlon droit, les infections à bas bruit, les infiltrations du mésentère, les nécroses et ulcérations de la muqueuse, accompagnées de réactions inflammatoires du péritoine peuvent créer des masses granulomateuses.

Beaucoup plus exceptionnelles sont encore :

- les tumeurs inflammatoires de l'Actinomycose,
- les réactions inflammatoires péri-appendiculaires, parties d'un moignon trop long,
- les corps étrangers intra-abdominaux, granulomes au talc, que nous avons évoqués dans notre observation n° 5.

C - LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ENTRE LES FORMES COLIQUES DE LA MALADIE DE CROHN ET LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE A FAIT L'OBJET DE NOMBREUX TRAVAUX

Il est surtout difficile dans les formes atypiques de Recto-colite hémorragique, à localisation segmentaire.

Nous avons vu que pendant de nombreuses années, certains auteurs ont estimé que les atteintes coliques, même associées à une iléite terminale n'étaient pas des "CROHN" coliques mais des Recto-colites hémorragiques.

En fait, il semble que de nombreux arguments cliniques, radiologiques et histologiques permettent de faire la part de ces deux affections.

- La Maladie de CROHN peut siéger en n'importe quelle partie du tube digestif, mais les régions par fréquence statistique les plus atteintes sont l'iléon, le côlon droit et le transverse. Dans la série de MORSON, le rectum est cependant atteint dans 50 % des cas.

- La Recto-colite hémorragique affecte par contre le plus souvent la partie terminale du côlon, le rectum est atteint dans 95 % des cas. L'extension se fait de proche en proche, sur une longueur variable.

Elle n'atteint l'iléon que dans 5 à 10 % des cas. L'incontinence de la valvule iléo-caecale est à l'origine de cette iléite rétrograde, dont nous avons vu les principaux caractères.

Sur le plan clinique :

- la diarrhée glaireuse et sanglante fait partie du tableau clinique de la Recto-colite hémorragique. Les lésions anales ne se voient que dans 20 % des cas.

- La présence de sang dans les selles est rare dans la Maladie de CROHN colique. Les lésions anales, en particulier les ulcérations, sont extrêmement fréquentes (80 %).

Du point de vue radiologique :

- la tubulation est habituelle, uniforme, précoce dans la Recto-colite hémorragique. Dans la Maladie de CROHN elle n'est que segmentaire et tardive. Les ulcérations sont irrégulières, beaucoup plus rares que dans la Recto-colite hémorragique.

Les lésions sont continues, symétriques dans la Recto-colite hémorragique.

Elles sont variables, asymétriques, discontinues, réalisant les "lésions du saut" dans la Maladie de CROHN. De plus des lésions d'âge différent peuvent coëxister.

Sur le plan anatomo-pathologique :

- Dans la Maladie de CROHN, l'atteinte muqueuse est discontinue avec des plages de muqueuse normale entre les ulcérations. Toutes les tuniques de la paroi sont épaissies, réalisant un rétrécissement de la lumière colique.

- Dans la Recto-colite hémorragique, l'atteinte est diffuse. La muqueuse et la sous-muqueuse sont atteintes en continuité, avec des ulcérations et des pseudo-polypes inflammatoires.

Histologiquement :

- Dans la Maladie de CROHN : la réaction granulomateuse atteint toutes les parois. Il existe des cellules géantes très abondantes. La fibrose est importante.

- Dans la Recto-colite hémorragique : les lésions sont le plus souvent superficielles, atteignant la muqueuse et la sous-muqueuse, n'envahissant jamais la muscularis mucosae. Si des cellules géantes peuvent se voir, elles sont rares. Enfin, la réaction fibreuse est faible.

A un stade avancé seulement, on peut voir une importante sclérose de la musculeuse et de la sous-séreuse, rendant alors le diagnostic très difficile.

Enfin, l'évolution est différente.

- La Maladie de CROHN est caractérisée par une évolution plus chronique, sans accidents aigus de dilatation colique, et par la fréquence des récidives post-opératoires sur le segment d'anastomose ou à distance. Il n'a pas été signalé de cas de dégénérescence cancéreuse.

- La Recto-colite hémorragique, évolue par poussées avec parfois des complications aiguës, dilatation et perforation. Il n'y a pas de récidive.

D'autres diagnostics sont à discuter, en présence d'une sténose limitée du côlon.

- Le cancer colique en premier lieu.

Dans la Maladie de CROHN, le rétrécissement est régulier et le raccordement avec le côlon sain se fait progressivement, en entonnoir.

Le rétrécissement du cancer colique est au contraire, irrégulier et une étude attentive de la zone de transition montre que la région pathologique se raccorde à l'intestin sain par un angle aigu. L'intestin, dilaté par le lavement coiffe les deux extrémités de la zone rétrécie d'une "collerette d'invagination". La lésion paraît comprise entre deux parenthèses.

En fait, ces signes ne sont pas toujours retrouvés. C'est donc, bien souvent l'exploration chirurgicale et l'histologie qui établiront le diagnostic précis.

- La Tuberculose colique dans ses formes sténosantes

Elle peut être évoquée quand des lésions tuberculeuses pulmonaires évolutives sont trouvées à l'examen. Mais la laparotomie exploratrice avec biopsie des lésions coliques est indispensable avant d'entreprendre tout traitement.

- La sigmoïdite diverticulaire

Le diagnostic avec la Maladie de CROHN n'est pas toujours aisé. Les deux affections peuvent être, en effet, associées. Dans l'étude de MORSON, LOCKHART-MUMMERY, 5 malades présentaient une sigmoïdite diverticulaire. Dans 3 cas, la biopsie des lésions anales a permis d'affirmer l'association, en montrant les lésions "sarcoïdes".

Ce sont, cependant, là des cas exceptionnels.

- De même, les colites ischémiques dont MORSON, THOMAS ont rapporté 16 cas chez des sujets d'une cinquantaine d'années. L'anomalie essentielle est une sténose intéressant dans les cas typiques l'angle splénique (12 cas s/14). L'étendue de la sténose est variable, de quelques centimètres à toute l'étendue du transverse et du côlon descendant. La limite entre côlon sain et rétrécissement est nette.

Les aortographies faites dans 2 cas montrent une obstruction d'une artère colique médiane.

Le rectum, dans tous les cas rapportés, était respecté.

EN CONCLUSION

Le diagnostic de la Maladie de CROHN-colique, lorsqu'elle est suffisamment étendue, s'appuie sur les données cliniques, radiologiques et évolutives.

- En particulier, au lavement baryté, l'oedème de la muqueuse, les ulcérations, les aspects pavimenteux et pseudo-diverticulaires, le phénomène du saut, sont évocateurs.

Par contre, en présence de lésions évoluées à type de sténose limitée et segmentaire, le diagnostic étiologique ne peut être le plus souvent porté. C'est l'intervention chirurgicale et l'étude anatomo-pathologique de la pièce qui préciseront la nature de l'affection.

oOo

T R A I T E M E N T

I - LE TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement médical ne peut s'opposer au processus de sclérose. Il est donc réduit à des gestes de portée symptomatique. Il s'efforce :

1 - d'améliorer l'état général :

2 - de lutter contre l'inflammation.

A - AMELIORATION DE L'ETAT GENERAL

- Le repos est indiqué, en particulier au moment des poussées. Des tranquillisants peuvent être prescrits afin de diminuer l'anxiété et la tension psychique, souvent marquées chez ces malades.

- La diététique est importante. L'alimentation sera hyperprotidique, hypercalorique, contenant peu de lipides. Elle sera restreinte en cellulose. Les carences en calcium et potassium devront être corrigées.

- La vitaminothérapie est d'un appoint intéressant, en particulier la vitamine B 12 par voie parentérale, en cas d'anémie, hyperchrome. L'acide folique peut être indiqué dans certains cas.

- Contre la surinfection les sulfamides non résorbables (sulfaguanidine, salazopirine) peuvent être utilisés, de même les antibiotiques, en se basant sur les résultats des coprocultures ou lors de l'apparition de fistules.

- Les désordres hydroélectrolytiques devront être étudiés et réparés en fonction des données de l'ionogramme.

- Le malade pourra bénéficier de pansements intestinaux et d'anti-spasmodiques.

B - THERAPEUTIQUE ANTI-INFLAMMATOIRE

On utilise la corticothérapie et l'aspirine.

- Les corticoïdes peuvent avoir un effet spectaculaire sur une poussée, faisant tomber la température, donnant au malade une sensation de bien être, augmentant l'appétit, diminuant la diarrhée. Ils doivent être utilisés à des doses fortes, en veillant à l'équilibre hydro-électrolytique, en milieu hospitalier, avec une surveillance précise.

- Les auteurs belges, associent à la corticothérapie, les salicylés, en particulier l'aspirine. L'effet de ces deux médicaments paraît synergique. L'aspirine peut être donnée à des doses fortes, mais elle peut alors entraîner des phénomènes d'intolérance, ou bien à petites doses quotidiennes.

Ce traitement corticoïdes-aspirine peut être prolongé pendant des mois, mais n'apporte que peu de modifications radiologiques.

La corticothérapie ne semble pas favoriser l'apparition de fistules intestinales (BODART-DIVE). Certains auteurs cependant ont estimé qu'elle pouvait être à l'origine de perforations.

Il est à noter que ces thérapeutiques sont moins efficaces dans la Maladie de CROHN iléo-colique ou colique pure que dans la recto-colite hémorragique.

- La radiothérapie anti-inflammatoire a été utilisée par certains, avec des résultats peu probants.

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT MEDICAL ?

- En l'absence de complications, certains auteurs préfèrent épuiser les ressources du traitement médical.

- CROHN et son école ont ainsi tendance à poursuivre le traitement médical jusqu'au moment où se précisent les indications formelles de la chirurgie. Ils estiment cependant qu'il ne faut pas temporiser à l'excès.

En effet, ces retards et hésitations "peuvent prolonger les aspects débilitants de la maladie et laisser le patient dans une situation d'attente et de doute qui aggrave les données psychiques de l'affection". (CROHN).

- VANDENBROUCKE et l'école de Louvain s'en tiennent le plus longtemps possible au traitement médical et ne font opérer qu'en cas de complications.

- D'autres auteurs, au contraire, sont partisans d'interventions plus précoces.

- MASSION, ainsi, pense qu'il vaut mieux opérer les cas non compliqués, tôt ou assez tôt dans leur évolution. Bien entendu dans la mesure du possible, il faut éviter d'opérer en poussée aiguë ou même subaiguë.

- CRISMER, également, estime que les indications du traitement médical sont limitées et sur 113 cas de Maladie de CROHN en a fait opérer 102.

- LOYGUE et de LA VAYSSIERE font observer qu'en cas de résection étendue, la mortalité post-opératoire n'est pas négligeable. Il est donc nécessaire d'opérer les malades relativement tôt avant que n'apparaissent des altérations de l'état général et biologique trop importantes.

Il semble donc que la place du traitement médical dans la Maladie de CROHN est, pour beaucoup d'auteurs, restreinte. Il sera le seul recours dans les formes aiguës, les formes à localisations multiples, dont la résection ne peut être envisagée. Dans tous les cas, il devra précéder et suivre l'acte chirurgical.

II - TRAITEMENT CHIRURGICAL

Tous ces auteurs admettent cependant que la chirurgie est indispensable dans certaines éventualités.

1 - L'aggravation rapide de l'état général ;

2 - L'extension progressive des lésions constatée lors d'examens radiologiques successifs.

3 - La survenue de complications.

- Les hémorragies : une hémorragie aiguë peut régresser mais un saignement régulier, même peu important, se répare moins facilement et peut entraîner un état de choc chronique.

- Les fistules : qu'il s'agisse de fistules pariétales, de fistules anales ou de fistules internes à d'autres organes.

- L'obstruction intestinale : conséquence du processus cicatriciel (observations I - II - IV -).

4 - L'exploration chirurgicale peut être indiquée dans les formes où le diagnostic clinique reste hésitant. Ce fut le cas dans certaines de nos observations. Ce diagnostic était d'autant plus difficile que la dernière anse était indemne (observations I - III - IV) et paraissait normale à l'examen radiologique dans l'observation II.

- Parmi les techniques chirurgicales seules se discutent l'anastomose de dérivation et la résection des segments intestinaux atteints.

- L'anastomose de dérivation avec exclusion. C'est une intervention simple et rapide. Elle ne doit être réservée qu'aux cas où la résection paraît dangereuse ou irréalisable (abcès, fistules iléo-sigmoïdiennes, iléo-vésicales). Les récidives post-opératoires sont fréquentes. Cette intervention est peu pratiquée en France. La préférence est donnée à la résection.

- La résection. La section du grêle doit pour éviter au mieux la récidive, porter nettement en amont des lésions. La tranche de section doit être à environ 30 à 40 cms. de celles-ci, en territoire sain. Il est nécessaire d'explorer le mésentère et la quasi-totalité du grêle de façon à rechercher des lésions étagées. La fréquence des récidives serait en effet due à la méconnaissance de lésions multiples et à l'insuffisance de la résection mésentérique.

- Dans les localisations caecales ou coliques droites, il sera pratiqué une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique termino-terminale.

- Lorsque les lésions sont étendues à la quasi-totalité du côlon, les interventions sont beaucoup plus mutilantes et de pronostic plus grave. On sera amené à pratiquer des colectomies sub-totales avec anastomose iléo-sigmoïdienne ou des colectomies avec anastomose iléo-rectale..

L'évolution post-opératoire est le plus souvent favorable en rapport avec les progrès de la chirurgie et de la réanimation qui doit précéder, accompagner et suivre l'intervention.

Une complication post-opératoire : les fistules,

- purulentes ou pyostercorales, elles peuvent compliquer toutes les interventions pratiquées pour Maladie de CROHN. Elles ont la même symptomatologie et la même évolution que les fistules spontanées. Leur thérapeutique nécessite souvent des interventions multiples.

L'EVOLUTION POST-OPERATOIRE DE LA MALADIE DE CROHN est grevée par les récidives. Fréquentes (50 % des cas environ) elles peuvent siéger sur le grêle, en amont de l'anastomose ou bien en aval, le processus granulomateux envahissant ainsi le côlon de manière distale (MARSHAK).

Le risque des récidives est d'autant plus grand que le sujet est jeune et les lésions intestinales étendues.

- ELLES SEMBLENT DONC PLUS FREQUENTES DANS LES ILEO-COLITES QUE DANS LES ILEITES TERMINALES.

- CROHN, signale sur 24 cas d'iléo-colites opérées, 14 récidives ;
- JACKSON, sur 14 cas, 6 récidives ;
- LOYGUE et de LA VAYSSIERE, sur 6 cas d'iléo-colites, ont noté 4 récidives, dans un délai de 6 mois à 4 ans.

Elles sont apparues dans 2 cas, en amont de l'anastomose. Dans les 2 autres cas, une hémicolectomie droite avait été pratiquée et la récidive siègeait en aval de l'anastomose sur le côlon.

- LEWIN et SWALES, sur 27 cas d'iléo-colites ont eu 11 récidives :
  - 6 au niveau du grêle,
  - 5 au niveau du grêle et du côlon.

- LES ATTEINTES COLIQUES SEGMENTAIRES seraient d'un pronostic plus favorable pour MORSON & LOCKART-MULLERY. Les récidives y seraient moins fréquentes. LINDNER et MARSHAK dans 7 cas d'atteintes coliques pures n'en n'ont pas signalé.

- Dans les 5 observations que nous avons présentées, l'intervention pratiquée a été une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse.

- Dans 3 cas (observations I - IV - V), le diagnostic est resté hésitant même en cours d'intervention et la résection du grêle a été insuffisante.

Les 3 cas ont récidivé au niveau du grêle anastomotique dans des délais variables.

- récidive précoce dans l'observation I,
- récidive tardive, 8 ans après dans l'observation IV,
- 9 ans après dans l'observation V, avec localisation secondaire ano-rectale et récidive au niveau de l'anastomose iléo-colique.

- Dans 2 cas (observations II - III), la résection du grêle a été satisfaisante.
  - une récidive jéjunale est apparue cependant 4 ans plus tard (observation III) ;
  - l'évolution est favorable dans l'observation II, mais le recul de 2 ans est insuffisant.

L'existence de récurences tardives, 15 à 20 ans dans certaines publications, explique l'intérêt d'une surveillance régulière clinique et radiologique et la nécessité d'un traitement d'entretien (BARGEN).

Le traitement des récidives pose des problèmes délicats. Il devra être surtout médical mais l'intervention peut être imposée par l'apparition de complications à type d'obstruction ou de fistules.

oOo

C O N C L U S I O N S

Nous rapportons 5 observations de Maladie de CROHN iléo-colique ou colique pure . L'une d'entre elle a déjà été publiée.

- 3 sont des formes limitées au caeco ascendant,
- 1 est une forme iléo- colique
- la dernière est une iléite terminale. Mais au cours de l'évolution sont apparues une récidive au niveau de l'anastomose iléo-transverse et une localisation ano-rectale.

Après une étude de la littérature consacrée à ce sujet et nous appuyant sur l'évolution à distance de 4 de nos 5 observations, nous voulons montrer :

1 - Que le diagnostic d'une forme caeco-colique pure pose cliniquement et radiologiquement tous les problèmes de la pathologie caeco-colique. L'incertitude du diagnostic conduit en règle générale à l'intervention.

L'examen histologique lui-même n'apporte pas toujours un argument définitif puisque les lésions ne sont pas spécifiques.

2 - Que l'intégrité de la dernière anse grêle ne peut être affirmée que par un examen anatomo-pathologique soigneux.

L'examen radiologique peut être trompeur. C'est le cas, dans nos observations II - III.

3 - L'évolution de ces formes rejoint celle des iléites terminales et paraît même plus grave dans les iléo-colites. Les récidives y sont d'autant plus fréquentes que le sujet est jeune et les lésions intestinales plus étendues.

Il nous semble préférable, quand on est amené à intervenir pour une lésion caecale ou caeco-colique dont l'étiologie n'est pas nettement précisée, lorsque le diagnostic de Maladie de CROHN ne peut être exclu, de faire une exérèse large de 40 à 50 cms. du grêle après avoir vérifié l'absence d'une autre localisation.

Cette intervention ne met pas le malade à l'abri de nouvelles localisations, mais on peut espérer lui éviter une récidive sur l'anastomose, récidive dont la fréquence n'est pas une simple coïncidence.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Maurice CONTE

Vu, le Doyen de la Faculté :

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- BALESTRA (E.). -

Régional Colitis
Radiologia Med. janvier 1965, 51 n° 1 - 17 - 27.

- BARGEN (J.A.). -

What is regional Colitis ?
Amer. J. Dig. Disease. déc. 1957, 2 n° 12.

- BOULTER (P.S.). -

Crohn's disease
Proc. Roy Soc. Med. 58 déc. 65, 1.089 - 90.

- BARBARESCHI (G.) et Al. -

Anatomo-pathologic considerations on 4 cases of Crohn's regional enteritis
Folia. Hered. Path. (Milano), 14 Jul. 65 - 115-146.

- BUSSON (A.), MIALARET (J.). -

Traitement chirurgical de la M. de Crohn.
Journées Françaises de gastro-entérologie 1961. p. 195 - 211.

- CATTAN (D.). -

Entérite régionale (Maladie de Crohn). Aspects cliniques et métaboliques (à propos de 35 observations personnelles.)
Thèse Paris 1964.

- CORNES .. STRECHER (M.). -

Crohn's disease of the large intestine.
G.U.T. sept 1961, 2 n° 3 p. 189-281.

- CROHN (B.B.), GINZBURG (L.), OPPENHEIMER (G.D.). -

Regional illitis.
J.A.M.A. 1932, 99 p. 1.323-29.

- CROHN (B.B.), GARLOCK (J.H.), et YARNIS (H.). -

Regional colitis
J.A.M.A. 1947, 134, 334.

- CROHN (B.B.). -

Granulomatous disease of the colon, 7 e congrès international gastro-entérologie
Bruxelles 1964. 1, 444-450.

- CROHN et BERG. -

Colite regionale droite.
J.A.M.A. 1er janvier 1938, 110, 32-38.

- CROHN. -

The pathology of acute regional ileitis.
Amer. J. Dig. Dis. 10 juin 1965. 565-572.

- CRISMER R. -

Maladie de Crohn iléo-caecale chez des jumeaux univitellins.
Arch. Mal. App. Dig. 52 octobre 1963.

- DOLCINI H.A. et Al. -

Colonic and ileo colonic non specific inflammatory disease.
J. Indian Med. Prof. 12 jul. 65.

- EDELMAN, MASSION. -

Traitement de la M. de Crohn.
Actualités H. gastro-enterol. Hôtel Dieu 1959, 1-27.

- EISENSTADT H.B. -

Diagnosis and treatment of Crohn's disease in 1965.
Amer. J. Practol. 16 oct. 65, 370-375.

- EISENSTADT H.B. -

Regional ileitis. A review
Amer. J. gastro-ent., 43, juin 65, 560-564.

- FAUVERT R. -

Un cas d'ileite terminale avec propagation au côlon droit.
Arch. Mal. App. digestif. 1959. 48.

- FINBY N. et BEGG C.F. -

Granulomatous colitis.
New York State J. Med. 15 août 1965, 65, n° 8, 1.020 - 1.023.

- FISCHMAN M. et Al. -

Crohn's ileo colitis with free perforation.
Prensa. Med. Argent. 52 oct. 65 - 2.116 - 2.119.

- FONE D.J. -

Regional enteritis (Crohn's disease).
Med. J. Aust. 1 mai 1966, 865-873.

- HILLEMAND (P.) et VIGUIE (R.). -

A propos de 10 malades opérés pour M. de Crohn.
Arch. Mal. App. Digestif. 1961, 50 n° 11 p. 1.225-1.222.

- HUNT (T.) et Al. -

Crohn's disease.
Trans. Med. Soc. London 81, 1965. 87-76.

- JAMES (T.G.I.). -

Colite régionale chronique
Brit. J. Surg. 1938. 25, 511-516.

- JANOWITZ (H.D.), LINDNER, MARSHAK. -

Granulomatous Colitis.
J.A.M.A. 8 mars 1965. 191, n° 10, 825-828.

- JOYEUX (R.), BETOULIERES (P.), COLIN (R.). -

M. de Crohn à forme caecale pure.
Ann. Chir. (supplément Semaine Hôp. Paris) juillet 1961, 15, n° 13-14, 921-25.

- JOYNT. -

Non malignant lesions of the caecum
Canada J. Surg. janvier 1965.

- LAMY (M.). -

Maladie de Crohn.
Cah. R.M.F. 79, Mars 1964, 121-135.

- LAVAYSSIERE DE LAVERGNE (G.). -

Les iléocolites. A propos de 6 observations.
Thèse Paris 1963.

- LEE (F.D.). -

Ileo caecal granulomata.
Gut. 5, déc. 64.

- LEVITAN (F.R.). -

Contribution à l'étude de la Tuberculose du côlon transverse.
Thèse Paris 1963.

- LINDNER, MARSHAK, WOLF et JANOWITZ. -

Granulomatous colitis. A clinical Study.
New Engl. J. Med. août 1965. 269, n° 8, 379-385.

- LOCKHART-MUMMERY (H.E.). -

Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis.
G.U.T., juin 1960, 1, n° 2 - 87 - 105.

- LOCKHART-MUMMERY, MORSON (B.C.). -

Crohn's disease of the large intestine.
G.U.T. déc. 64, 5 n° 6, 493-509.

- LOCKHART-MUMMERY, MORSON. -

Maladie de Crohn du gros intestin.
7 e Congrès Intern. Gastro-Entero. Bruxelles 1-6 juin 1964, 1, 495-499.

- LOCKHART-MUMMERY. -

Pathologic lesions of the anal region associated in Crohn's disease.
Dis. Col. Rectum. 8 - nov.-déc. 65, 399-401.

- LOYGUE (J.). -

M. de Crohn avec fistule iléo-vésicale.
Mem. Ac. Chirurgie. (Paris) oct. 63 - 584-592.

- LOYGUE (J.), DE LAVAYSSIERE, Mme. FABRE. -

Ileo-colites. Localisations étendues de la M. de Crohn.
Arch. Mal. App. Digestif. 53, n° 1-2. janvier février 1964, 5 - 25.

- MAES, VANTRAPPEN (G.) et Col. -

Lésions rectales dans la M. de Crohn.
Act. Belg. Gastro-entérol. 1961. 25 - 3 - 208-221.

- MANDELSTAM (P.) et Al. -

Problems in the diagnosis and managment of colonic strictures in chronic ileo-colites Report of a case.
Gastro-Enterology, 491, nov. 65, 560-8.

- MATAGNE et Col. -

Evolution des M. de Crohn iléales.
Acta Gastro-Entero. Belg. 29, janvier 66, 55-82.

- MANNING (J.H.), WARREN (R.). -

Segmental colitis.
New Eng. J. Med. Mai 1955, 252, n° 20, 850-853.

- MARSHAK (R.H.), WOLF (B.S.), ELLIASOPH. -

The problem of ileo-colitis.
Amer. J. Dig. 1958, 3 (3), 181-203.

- MARSHAK (R.H.), LINDNER (A.E.), JANOWITZ (H.D.). -

Granulomatous colitis.
G.U.T., juin 1966 Vol. 7 n° 3, p. 258-264.

- MORSON (B.C.), LOCKHART-MUMMERY. -

Crohn's disease of the large intestine.
Gastro-Enterologia. 1959 - 92, n° 2-3, 168-173.

- NEUMAN, BARGEN (J.A.), JUDD. -

A clinical study of two hundred one cases of Regional Colitis.
Surg. Gyn. Oct-nov. 1954, 99, n° 5 - 563-571.

- NEUMAN, DOCKERTY. -

The pathology of regional enteritis.
Surg. Gyn. Oct. nov. 1954. 99, 572-579.

- NEVIN (R.W.). -

A review of granulomata of the large intestine.
Proc. Roy. Soc. Med. 1961. 54, 137-142.

- Pathology of Crohn's disease. -

Brit. Med. J. 5.450.
19 jun. 65. 1.610 - 1.

- Pathology of Crohn's disease.

Brit. Med. J. 5.445.
15 mai 1965. 1.263-64.

- PATEL (J. Cl.). -

L'ileostomie double dans la Colite Ulcéreuse et les localisations coliques de la M. de Crohn.
Press. Médicale, 15 mai 1965, 73, n° 24.

- PAUGHAM (B.). -

Actualités en Radiologie Digestive.
Recueil Périodique E.M.C. Radio Diagnostic IV - déc. 66 - 33-991-92.

- PREVOT (R.). -

Diagnostic radiologique des iléo-colites.
Acta gastro-entérol. Belgica. 27, Déc. 64. 683-690.

- RAPPAPORT (H.), BURGOYNE (F.H.), SMETANA (F.A.). -

The pathology of regional enteritis.
Mil. Surg. 109, 463. 1951.

- ROUX (M.). -

Ileite Segmentaire.
Confront. Radio. Anato-Clini. 7 - 22 janvier 1966 - 61 - 62.

- SALTZSTEIN. -

Ulcerative Colitis. A comparative histo-pathologie study.
Amer. J. Clin. Path. 40 - déc. 63 - 610-623.

- SAMES (C.P.). -

Primary Crohn's disease of the rectum
Proc. Roy. Soc. Med. jun. 1961, 54. n° 6, 518-519.

- Symposium sur la M. de Crohn.

Acta Gastro-entérol. Bel. 1960. 23, n° 1.

- TASPINAR (A.H.). -

On regional ileitis.
Rev. Med. Moy.-Orient. 21, Mai aps. 64 - 165 - 9.

- TEICHMAN (P.), MASSION (J.). -

Tuberculose intestinale et M. de Crohn.
Acta gastro enterol. Bel. 34. 381. 1958.

- THOMPSON (H.R.). -

A case of granulomatous Colitis.
Proc. Roy. Soc. Med. août 1950. 43. n° 8, 685-686.

- TODD (I.P.). -

Regional colitis.
Proc. Roy. Poc. Med. août 1959. 52, n° 8, 610.

- TRUE LOVEC. -

Place of a double barreled il ostomy in ulcerative colitis and Crohn's disease of the Colon = a preliminary report.
Brit. Med. J. 5.428, janv. 65 - 150, 3.

- VALDES - DAPENA (A.), VILLARDEL (F.). -

Granulomatous lesions in ileo colitis
Gastro-enterologia. 97 (3), 191-204, mars 1962.

- VAN PATTER (W.N.), BARGEN (J.A.), DOCKERTY (M.B.). -

Regional enteritis.
Gastro-Enterologia 1954. (26), 347-350.

- VAN TRAPPEN, LENS, BODART-P., DIVE C. -

Etude Clinique de l'iléo-colite de Crohn.
Arch. Franç. Mal. App. Digestif. déc. 66, 55, n° 12, 1.129-1.148.

- VIGUIE (R.), ROBERTI (A.), AVRIOL (M.), VESIN (P.), SEE (E.). -

Colite ulcéreuse aiguë. Etude clinique, radiologique et anatomo-pathologique de 3 observations.
Sem. des Hôpitaux. avril 1965. 1.199-1.206.

- VIGUIE (H.) et EUDEL (F.). -

Forme caecale de la M. de Crohn.
Arch. Mal. App. Dis. mai 1955. 44, n° 5 - 598-606.

- VOSSE - MATAGNE (G.) et Col. -

Un cas d'iléite terminale.
Rev. Med. Liège 18, août 63, 501-6.

- WARREN et SOMMERS (S.). -

Pathology of regional ileitis and ulcerative colitis.
J. Amer. Med. Ass. 1954. 154. 189-193.

- WELL (C.). -

Ulcerative colitis and Crohn's Disease.
Ann. Roy. Coll. Surg. 1952. 11 - (2) - 105 - 120.

- WILLIAMS (W.). -

Histology of Crohn's syndrome.
G.U.T. déc. 64 - 510 - 516.

- WOLF (B.S.) et MARSHAK (R.H.). -

Granulomatous Colitis. (Crohn's disease of the colon). Reentgen feature.
Amer. J. of Roentgen. 1962 - 88, 662-670.

- YARNIS (H.). -

The syndrome of combined ileo-colitis.
J. Mount. Sinaï Hosp. 1955. 22, 159-169.

oOo

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535: 18—93
535: 18—62